

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

**Disertación previa a la obtención del título de
Economista**

***El gasto en salud y su influencia sobre el acceso y calidad
de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo.
Periodo: 2008-2012***

Jessica Germania Andrade Pulles
jessynena3@hotmail.com

Directora: Eco. Grace Guerrero Zurita
gracegz@hotmail.com

Quito, Junio de 2014

Resumen

El presente trabajo de investigación analiza el gasto público asignado al sector de la salud en el cantón Otavalo; tomado en cuenta la incidencia que el incremento del gasto público provoca en el acceso y calidad de los servicios públicos ofrecidos por el Área de Salud No. 4, a través de índices de personas atendidas anualmente tanto en los servicios ofrecidos en los centros de salud, así como en los programas sociales ejecutados en comunidades, parroquias y establecimientos educativos del cantón, población en la cual el derecho a la salud universal aún mantiene ciertas barreras de acceso. Al mismo tiempo, se analiza el nivel de satisfacción de las y los usuarios de salud respecto a la atención recibida, mediante una evaluación de los pacientes a las instalaciones de los centros de salud, recursos humanos, sistema administrativo, entre otros aspectos que inciden directamente en la calidad de los servicios públicos de salud ofrecidos a la población otavaleña.

Adicionalmente, el documento presenta un análisis explícito de la estructura del sistema nacional de salud pública y su asignación presupuestaria, además de un diagnóstico analítico y estadístico de la situación sanitaria de la población ecuatoriana.

El Gobierno Central en los últimos años ha destinado importantes recursos al desarrollo de los sectores sociales (educación y salud), con el propósito de cumplir los objetivos de inclusión de la población a los servicios básicos; así, la investigación visualiza ciertas debilidades encontradas en el manejo del presupuesto público de salud permitiendo a la vez identificar posibles soluciones para el cumplimiento de dichos objetivos.

Palabras claves: Presupuesto público, gasto salud, cantón Otavalo, personas atendidas, satisfacción, acceso, calidad, servicios de salud.

***El gasto en salud y su influencia sobre el acceso y calidad de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo.
Periodo: 2008-2012***

<i>Introducción</i>	6
<i>Metodología del trabajo</i>	9
Definición del problema	9
Preguntas de investigación	10
Objetivos	10
Delimitación de la investigación	11
Procedimiento Metodológico.....	11
<i>Fundamentación Teórica</i>	13
1.1 Economía de la Salud.....	14
1.2 Fallos de mercado en el caso de los Servicios de Salud	16
1.3 Política Sanitaria	18
1.4 Economía del Bienestar.....	21
1.5 Calidad de los Servicios Públicos	25
1.6 Teoría del Gasto Público	28
<i>El sector de la Salud Pública en el Ecuador</i>	33
2.1 Situación de la Salud en el Ecuador.....	34
2.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud	39
2.3 Rol del Estado ecuatoriano en el Sector Salud	43
2.4 La Salud Intercultural en el Ecuador.....	47
2.5 La Descentralización de la Salud en el Ecuador	51
2.6 El Gasto Público Nacional en Salud.....	56
2.7 Situación del Acceso y la Calidad de la salud en el Ecuador	60
<i>El Sector Salud en el cantón Otavalo</i>	65
3.1 Diagnóstico del cantón Otavalo.....	65
3.2 La Salud en el cantón Otavalo	69
3.3 Oferta de Salud en el cantón Otavalo	71
3.4 Estadísticas Hospitalarias del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo	74
3.5 La salud intercultural en el cantón Otavalo	81
3.6 Demanda de Salud en el cantón Otavalo	84

<i>Gasto público en el sector salud del cantón Otavalo</i>	88
4.1 Condiciones del Gasto Público.....	88
4.2 Composición y Distribución del Gasto Público en Salud del cantón Otavalo	91
4.3 Relación del Gasto en Salud con el Acceso a los servicios públicos en el cantón Otavalo	98
4.4 Relación del Gasto en Salud del cantón Otavalo con la calidad de los servicios públicos	108
<i>Conclusiones</i>	122
<i>Recomendaciones</i>	125
<i>Referencias Bibliográficas</i>	127
<i>Anexos</i>	134

Lista de Acrónimos y abreviaturas

BM	Banco Mundial
CONASA	Consejo Nacional de Salud
CNC	Consejo Nacional de Competencias
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
FMI	Fondo Monetario Internacional
GAD	Gobierno Autónomo Descentralizado
HSLO	Hospital San Luis de Otavalo
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censo
ISFFA	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISPOL	Instituto de Seguridad Social de la policía Nacional
MSP	Ministerio de Salud Pública
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de Salud
PGE	Presupuesto General de Estado
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
MCDS	Ministerio Coordinador de Desarrollo Social

Introducción

La salud de los individuos es uno de los pilares fundamentales que incide directamente en el desarrollo del capital humano y por ende en el crecimiento económico de un país, por lo que el Estado ecuatoriano definió constitucionalmente a la población el acceso a servicios básicos (salud, educación) que mejoren constantemente la calidad de vida de los ciudadanos y asegure su desenvolvimiento a lo largo de la existencia del individuo.

Por muchos años la inequidad del sector de la salud en el Ecuador ha presentado graves problemas de inclusión y equidad, debido principalmente a las bajas asignaciones presupuestarias del Gobierno Central a este sector, donde se evidenciaba claramente que los recursos destinados no cubrían los requerimientos de infraestructura, personal e insumos médicos necesarios en los centros de salud pública y por ende las necesidades en el mejoramiento de vida de los individuos; de igual forma, la mala administración de los recursos públicos ha dejado como resultado servicios de salud ineficientes y de baja calidad, provocando grandes barreras de acceso, especialmente para aquellos individuos en situación de pobreza y pobreza extrema.

No obstante, este escenario empieza a cambiar a partir del año 2007 cuando el Gobierno Central, fomenta la política de inversión social dirigida especialmente a los sectores de educación y salud que por muchos años han experimentado un gran abandono político y administrativo por parte de las autoridades, razón por la cual, en la actualidad el sector de la salud y sus niveles de organización viven una realidad diferente, pues en los últimos años el Ecuador experimenta un crecimiento en los recursos destinados al financiamiento del sector salud y una mayor inclusión de la población a los servicios básicos que mejoran constantemente la calidad de vida de los ciudadanos y las ciudadanas. Esto se evidencia en el incremento de la participación del gasto social dentro del Presupuesto General de Estado-PGE, el cual entre el 2006 y 2011 pasó del 12% al 27% respectivamente (1.226,1 millones de dólares y 6.415,40 millones de dólares), manteniendo una tendencia creciente a partir de este periodo.

El sector salud es uno de los sectores con mayor crecimiento de financiamiento dentro de la inversión social que ha realizado el Gobierno Central, pasando de 723,5 millones de dólares en el 2007 a 1678,76 millones de dólares en el 2012, es decir, la inversión en el sector salud se duplicó (con un crecimiento del 132%) en tan solo 5 años; esta inversión se ha visto reflejada directamente en el aumento del número de personas atendidas por los centros de salud pública, así como en la implementación de programas sociales de salud ejecutados en su mayoría en las comunidades y parroquias rurales de los cantones del Ecuador, población que por muchos años ha enfrentado ciertas barreras de acceso a este tipo de servicios.

Por otro lado, en los últimos años se ha aplicado la política de gratuidad de los servicios de salud como derecho constitucional de cualquier ciudadano y ciudadana, ya que, principalmente, el Estado es quien debe garantizar un sistema nacional de salud pública eficiente, equitativo y de calidad acorde a las necesidades de la población, con el fin de fortalecer el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico del país.

Esta inversión se ha encaminado directamente a la construcción de nuevos establecimientos de salud, al fortalecimiento de la infraestructura y equipamiento sanitario de los centros ya existentes, al aumento de la dotación de medicamentos y productos farmacéuticos y al incremento del personal médico y administrativo necesario para mejorar la atención de las y los usuarios de salud y cubrir de manera eficiente la demanda que la política de gratuidad establecida por el Estado acarrea a los centros de salud pública. (ANDES, 26 de Octubre de 2013)

Por muchos años el Ecuador ha presentado desigualdades en la distribución interna de los recursos públicos, especialmente en aquellos cantones donde la población presenta grandes niveles de pobreza y desigualdades socio-económicas que han afectado directamente el acceso a servicios básicos de calidad; como es el caso del cantón Otavalo, donde el acceso a los servicios de salud ha sido afectada por barreras económicas, sociales e incluso culturales (54% de la población es indígena); las cuales han hecho que la situación de salud de la población otavaleña urbana y de manera especial de la zona rural, se caracterice por la alta ocurrencia de enfermedades producidas por la ausencia mínima de nutrientes básicos y problemas transmisibles como: anemia, desnutrición crónica, infecciones respiratorias, infecciones intestinales, padecimientos diarreicos, tuberculosis pulmonar, enfermedades de la salud reproductiva e inmundo prevenibles, entre otras que han afectado el desarrollo de la población. (MSP; UNFPA, 2010).

De la misma forma, uno de los mayores problemas que experimentaba el cantón son las altas tasa de muerte materna y neonatal, debido a las bajas coberturas de salud presentadas, especialmente, en las zonas rurales donde habitan la mayor parte de la población indígena del cantón y a la falta de servicios de salud con enfoque cultural que incentive a la población otavaleña la utilización de este tipo de servicios; además los resultados de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) aplicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) en el 2006 definen que 66 por cada mil niños nacidos vivos fallecen antes de cumplir un año de vida y que el 67,3% de los niños menores presentan retardo en su talla y peso en el sector rural. (Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, 2009)

Ante estos antecedentes, el Gobierno Central tomó acciones que fortalezcan el desarrollo del sector de la salud, dotando de mayor presupuesto al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, denominado de esta manera en el Sistema Organizado de las Instituciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador, presupuesto destinado para el financiamiento tanto de los servicios ofrecidos en los centros de salud pública como en los programas sociales ejecutados en las comunidades, parroquias y establecimiento educativos de cantón, con el propósito de incidir directamente en el mejoramiento de la calidad de la atención y en el aumento de la cobertura de este tipo de servicios. Por lo tanto, en la presente investigación se realiza un análisis que demuestre la relación de la inversión con el acceso a los servicios de salud pública y el mejoramiento de la calidad de la atención en procura de satisfacer las necesidades de salud de la población, puesto que el buen manejo de los recursos públicos por parte de las autoridades sanitarias deja como resultados un crecimiento en la dotación de servicios públicos de calidad y una mayor inclusión social.

En el primer capítulo del documento, se da a conocer las bases teóricas en las cuales se sustenta la presente investigación, estas teorías enmarcan temas referentes a la Economía de la Salud mediante el estudio de las fallas de mercado y las políticas sanitarias; integrando, además los pensamientos de Joseph Stiglitz acerca de la teoría del gasto público y la de Keynes con la importancia de la intervención del estado en la economía, entre otras, que permiten definir las teorías del presupuesto del estado en el bienestar de la población.

El segundo capítulo, aborda la situación actual del sector de la salud en el Ecuador, mediante un análisis de: la estructura del Sistema Nacional de Salud, la intervención del Estado ecuatoriano en el aseguramiento de la cobertura y calidad de los servicios sanitarios, tomando en cuenta indicadores de salud de la población ecuatoriana, así como también las asignaciones presupuestarias destinadas al financiamiento de las actividades relacionadas a la producción de servicios de salud pública dirigidos a la población ecuatoriana.

El tercer capítulo, presenta la evolución de la oferta de los servicios de salud pública en el cantón Otavalo mediante indicadores de producción de salud que demuestren la situación real de la cobertura y la calidad tanto de los servicios como de los programas ejecutados por el Área de Salud No. 4 en el cantón Otavalo, adicionalmente se realiza un análisis de las preferencias de la población al momento de elegir un establecimiento de salud, permitiendo identificar la demanda de los servicios de salud pública por parte de la población otavaleña.

El mayor aporte de la investigación se centra en el cuarto capítulo, donde se efectúa un análisis profundo de la composición y distribución por tipo del gasto del presupuesto asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, enfatizando el periodo 2008-2012 debido al aumento de la inversión pública en los sectores sociales del Ecuador; y a la vez, se demuestra la influencia que ha ejercido el presupuesto en el acceso y la calidad de los servicios públicos de salud ofrecidos a la población otavaleña.

Finalmente, la investigación contiene las principales conclusiones obtenidas, donde se evidencia que el gasto destinado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo en el periodo de estudio presentó una relación positiva en el acceso y calidad de los servicios ofrecidos por esta área de salud y que el mayor monto del presupuesto asignado se destina al gasto corriente del Hospital "San Luis de Otavalo"; además de ciertas recomendaciones de mejora en el manejo de datos según la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública; y ciertas reformulaciones de política pública referente al mejoramiento del manejo de los recursos en bienestar del acceso y calidad de los servicios de salud.

Metodología del trabajo

Definición del problema

La ineficiencia de los servicios de salud pública han sido uno de los principales problemas que ha tenido que afrontar la población otavaleña, debido principalmente: al abandono administrativo por parte de las autoridades sanitarias, a la baja calidad de los servicios ofrecidos a la población y al aumento significativo de las personas que demanda atención médica en los centros del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, dejando como resultado la inconformidad de población respecto a la saturación y congestión de los servicios públicos de salud. Por lo mencionado anteriormente el índice de ocupación hospitalaria se ubicó en 93% en el año 2011, es decir 13% más de la capacidad normal, ya que se debe tomar en cuenta el porcentaje de espacio físico libre que los centros de salud deben mantener en caso de emergencias o desastres naturales, a esto sumado la escasez de personal médico y de apoyo (enfermera/os, auxiliares); y a su limitada capacidad de resolución en atención primaria y especializada a nivel cantonal.

El índice de cobertura de salud en la población rural del cantón es medianamente bajo, pues únicamente 4 de cada 10 personas tienen acceso a los servicios públicos de salud de acuerdo a las estadísticas del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo; por tal motivo el Gobierno Central ha incrementado el presupuesto asignado a programas sociales de salud ejecutados en las comunidades y parroquias rurales, donde habita la población que principalmente por barreras culturales y económicas no ha alcanzado el derecho de la salud universal; para esto el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha implementado la política de la salud intercultural mediante la aplicación de métodos tradicionales en los centros de salud pública, con el fin de incentivar particularmente a la población indígena la utilización de estos servicios.

Igualmente, se ha invertido significativos recursos económicos dirigidos al mejoramiento de los espacios físicos y equipamiento de los centros de salud del cantón, además de suministrar una dotación de materiales e insumos médicos necesarios utilizados en los procesos sanitarios el Estado ha destinado estos recursos al aseguramiento del acceso a medicamentos gratuitos a toda la población que demande los servicios de salud pública.

Sin embargo, la optimización en el acceso a los centros de salud pública en el cantón sigue siendo uno de los mayores retos de las autoridades sanitarias, ya que según estadísticas del Hospital San Luis de Otavalo, la demanda de estos servicios ha aumentado significativamente en los últimos años, lo que ha dejado como resultado una infraestructura hospitalaria inadecuada, seguida de la calidad de los servicios que se caracterizan por tener niveles medios de satisfacción debido a las molestias ocasionadas por la saturación de los servicios de salud ofrecidos a la población, a esto se suma la escasez de médicos especialistas y funcionarios de salud conocedores de la cultura otavaleña, ya que según el último censo de población y vivienda del Ecuador, la mayor parte de su población se autoidentifica como indígena.

Por tales motivos, el problema de la eficiencia del gasto público con la dotación de servicios de salud de calidad se evidencia claramente.

Preguntas de investigación

Pregunta General:

¿Cuáles son los efectos del incremento del presupuesto en salud sobre el acceso y calidad de los servicios que presta el sector público en el cantón Otavalo?

Preguntas específicas:

- ¿Cómo ha evolucionado el sector de la salud en el cantón Otavalo durante el periodo 2008-2012?
- ¿Cuál es el nivel, composición y distribución del presupuesto en salud para el cantón Otavalo?
- ¿Cuáles son los efectos del incremento del gasto público en el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios de salud?

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los efectos del gasto en el sector salud sobre el acceso y calidad de los servicios prestados por el sector público en el cantón Otavalo con el fin de contribuir en el análisis y reformulación de políticas públicas orientadas a mejorar el acceso y la calidad de los servicios públicos en salud y la gestión administrativa del cantón en mención.

Objetivos Específicos:

- Estudiar la evolución del sector de la salud pública en el cantón Otavalo en el periodo 2008-2012, mediante indicadores básicos de salud, cobertura y calidad de los servicios públicos, con el fin de determinar la oferta y la demanda existente en este sector.
- Analizar el nivel, composición y distribución del presupuesto en salud pública que percibió la población otavaleña en el periodo 2008-2012, a través de un análisis estadístico de la información oficial disponible, con el fin de determinar el cumplimiento de los objetivos propuestos por las casas de salud del cantón Otavalo.
- Identificar el nivel de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud ofrecidos por el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, con el fin de determinar la calidad de la atención de los servicios de salud pública.

Delimitación de la investigación

Espacial.- El presente trabajo de investigación se centra en el presupuesto asignado al sector salud en el cantón Otavalo con los servicios de salud pública que presta el Área de Salud No. 4 del cantón.

Temporal.- El periodo de análisis utilizado en esta investigación fue desde el 2008 hasta el 2012, se ha tomado este periodo de referencia debido a dos factores: primero al cambio de periodo gubernamental, en donde, existieron grandes cambios presupuestarios para el sector salud y segundo por la disponibilidad de datos necesarios para la investigación.

Sectorial.- La unidad que se analiza en la presente investigación es el Gasto público que realiza el Gobierno Nacional mediante el Ministerio de Salud Pública (MSP) en el sector de la salud del cantón Otavalo y determinar su influencia en la cobertura y calidad de los servicios médicos, ya que esta toda la población otavaleña cuenta con un solo hospital de segundo nivel que cubre el gran crecimiento de la demanda actual. Sin tomar en cuenta el gasto que realizan las clínicas y los centros médicos privados dentro del sistema de salud, así como tampoco se analizará el gasto de las fundaciones y ONG's que ayudan al desarrollo del sector salud en el cantón.

Procedimiento Metodológico

Con el fin de conocer la influencia que ha atenido el gasto de sector de la salud en el cantón Otavalo sobre el acceso a los servicios públicos de salud, la presente investigación en una primera instancia utilizó el método descriptivo de las variables a ser analizadas como: montos presupuestarios asignados al sector salud, personas atendidas anualmente, gasto per cápita en salud, gasto per cápita por paciente atendido, entre otros, que ayudaron a determinar el impacto de las medidas gubernamentales en la cobertura de los servicios públicos en salud. Por lo tanto, se utilizaron métodos explicativos que establezcan la relación causa-efecto de las variables a ser analizadas en la investigación

El análisis empieza con la recolección de datos estadísticos a partir de las principales fuentes de información como son: el Ministerio de Finanzas Públicas, Ministerio de Salud Pública, la Dirección Provincial de Salud de Imbabura y el Hospital "San Luis de Otavalo", a partir de estas fuentes se procedió a construir una base de datos histórica de la que se obtuvo el análisis cíclico del presupuesto asignado en el periodo de estudio, además de un análisis estadístico descriptivo a partir de tasas de variación, gráficos comparativos, tablas de resultados e indicadores, además se realizó un análisis econométrico mediante la herramienta estadística E-VIEWS con el fin de conocer la incidencia de la variable X sobre la variable Y, para esto fue importante conocer si las variables a ser utilizadas son estacionarias, es decir un proceso estocástico es estacionario cuando: "su media y su varianza son constantes en el tiempo y si el valor de la covarianza entre dos periodos depende sólo de la distancia o rezago entre estos dos periodos, y no del tiempo en el cual se calculó la covarianza" (Gujarati, 2009: 740) caso contrario las series de tiempo son no estacionarias, para esto se realizó la prueba de **Dickey Fuller Aumentado (ADF)** donde: Si $p=1$, se dice que Y_t tiene problemas de raíz unitaria y por lo tanto la serie es no estacionaria.

Sin embargo, si $p=1$, el estadígrafo t no tiene una distribución normal asintótica; para esto Mackinnon construyó el estadígrafo tau (τ) cuyos valores críticos son útiles para determinar el nivel de confianza, donde al comparar el valor de tau con los valores críticos de Mackinnon: si $|\tau| > |\tau|_{\text{critico}}$; se acepta H_0 ; hay problemas de raíz unitaria y la serie es no estacionaria

Una vez que se comprobó la estacionariedad de las series de tiempo se realizó la **Prueba de causalidad de Granger** con el objetivo de conocer la incidencia de las dos variables, esta prueba consiste: “como el futuro no puede predecir el pasado, si la variable X (a la manera de Granger) causa la variable Y , los cambios en X deben preceder a los cambios en Y . Por consiguiente, en una regresión de Y sobre otras variables (con sus propios valores pasados), si incluimos valores pasados o rezagados de X y esto mejora significativamente la predicción de Y , podemos decir que X (a la manera de Granger) causa Y . Aplica una definición similar si Y (a la manera de Granger) causa X .” (Gujarati, 2009: 654)

Adicionalmente, con el fin conocer si el comportamiento de una variable Y depende del comportamiento de una variable X se utilizó una regresión lineal: $Y=f(X)$, que si consideramos que la regresión ha omitido otras variables (distintos a X) que pueden influir en el comportamiento de Y , la regresión utilizada en el estudio resulta de:

$$Y_T = \beta_1 + \beta_2 X_T + u_T$$

Esta regresión permite conocer el grado de incidencia de la variable X sobre el comportamiento de la variable Y .

Por otro lado, para el análisis de la efectividad del gasto sobre la calidad de los servicios de salud pública fue necesario utilizar la técnica de “encuesta de satisfacción al usuario”, aplicada a la población que ha utilizado los servicios médicos ofrecidos por el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, mediante una muestra representativa que demostró la situación real de la calidad de estos servicios; dentro del levantamiento de la información se efectuaron los siguientes procesos:

- Determinación del tamaño muestral
- Diseño del instrumento
- Aplicación de la Encuesta de Satisfacción al Usuario/a
- Tabulación y digitación de la información levantada y;
- Análisis de resultados.

Adicionalmente a estos procesos, se aplicó la técnica de recolección de datos mediante entrevistas realizadas a los agentes que intervienen directamente en las decisiones de gestión de los centros médicos de salud pública, es decir a los servidoras y servidores públicos del Área de Salud No. 4 del cantón, mismos que ayudaron a establecer la situación actual del acceso y la calidad de los servicios de salud pública en el cantón.

Por lo tanto, el análisis cualitativo partió de la información primaria levantada con la realización de encuestas y de entrevistas, así como el análisis de documentos que aportaron a la recolección de información necesaria para la realización de la investigación.

Fundamentación Teórica

A lo largo del tiempo la salud ha sido uno de factores más importantes en el crecimiento socio-económico de una nación, así desde el nacimiento de un nuevo ser humano hasta el fin del ciclo de la vida ha predominado la necesidad de una hábitat saludable que permita al individuo desenvolverse eficientemente en el ámbito laboral y personal de acuerdo a los avances de la naturaleza del entorno.

A continuación se detallan las teorías económicas que sustentan el planteamiento de la presente investigación, con el fin de justificar si el sector de la salud en el Ecuador se apega a las corrientes doctrinarias de los pensadores económicos.

Dentro del ámbito de la salud existen Organismos como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI) que han aportado significativamente al desarrollo del sistema de salud en el mundo, constituyendo una “*nueva salud pública*” con mayor inversión en programas sociales inclinados a cambiar el estilo de vida de los individuos, incluyendo la gran responsabilidad de asegurar el acceso y la calidad de los servicios de salud, focalizando su pensamiento en la salud poblacional, que según Franco, Álvaro (2006:121) las teorías de salud deben enfocarse en solucionar los problemas la salud de la población entera de acuerdo a la teoría propia del objeto del conocimiento, donde:

Una teoría en salud pública debe dar cuenta de la salud de la población, pero no solamente la de los individuos en particular, o de las meras relaciones interpersonales, o de grupos aislados, o de las relaciones del proceso de atención médico-paciente; debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias.

Ashton (1988) en cambio define a la “*nueva salud pública*” como:

Un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud. (Ashton, 1988 citado en Franco 2006:126)

Organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS) define a la salud pública desde una perspectiva comunitaria y social a la cual la puntualiza como: “El esfuerzo organizado de la sociedad principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones del alcance colectivo”. (OPS, 2002, citado en Kuri, 2013:2)

Todas estas definiciones describen las obligaciones de un sistema de salud vinculado al cumplimiento de los objetivos sanitarios, tales como: la atención a personas con servicios de calidad, la eficiencia social y las mejoras en los procesos internos y en la gestión de los organismos sanitarios; focalizando siempre la mayor cobertura hacia a la población vulnerable que por varios factores han visto limitado su acceso a este tipo de servicios.

El funcionamiento de la salud pública no se basa solamente en lo que el Estado puede hacer en el campo de la salud, es verdad que tiene una responsabilidad rectora caracterizada por la regulación, por el financiamiento y el aseguramiento del acceso y la calidad de la atención, pero también se relaciona con la actuación de los individuos ligados a su capital, a su cultura y al ejercicio de la salud como valor individual y social.

1.1 Economía de la Salud

La economía y la salud son dos conceptos que se interrelacionan entre sí, debido a la importancia que adquiere la salud en el desarrollo de cada uno de las y los ciudadanos (calidad de vida) como en el desarrollo productivo de un país. En la actualidad la economía de la salud es una de las áreas con mayor crecimiento debido principalmente a los progresos intelectuales que experimenta la población a lo largo del tiempo; al aumento de la disponibilidad de mecanismos de información y al constante aumento de la inversión estatal en los servicios de salud. (Fuchs, 2001, citado en Rodríguez, 2010:8)

Por lo tanto, la economía de la salud es la ciencia que estudia las consecuencias de la escasez en la población, entendiendo al sistema de salud como la forma en la que se organizan las instituciones sanitarias, y como aseguran y supervisan los servicios de salud en el país. La economía de la salud estudia temas tales como: la eficiencia distributiva de los recursos del sector, los costes de producción, la demanda y oferta de salud, el autoconsumo, la salud como bien público, entre otras variables, mediante subgrupos como la macroeconomía y microeconomía de la salud. (Gimeno; Rubio; Tamayo, 2005).

Según la literatura la macroeconomía de la salud: “estudia los fenómenos económicos en función de todo el sistema de salud con el objetivo de distribuir de forma equitativa este servicio a toda la población”. (Blanco y Maya, 2003: 23). El objetivo principal de la macroeconomía de la salud es elevar la toma de decisiones en políticas adecuadas que mejoren los sistemas de salud, fomentando el compromiso de aumentar la inversión en salud y abordar las limitaciones sistémicas e institucionales creadas por factores internos y externos a la administración de los recursos, con el fin de crear servicios básicos de salud de calidad y aumentar la cobertura a poblaciones privadas a este derecho.

Por otro lado, Rathe, Magdalena en su estudio sobre “Economía de la salud, conceptos básicos” (s.f.) menciona que: el campo de la microeconomía de la salud estudia el comportamiento económico de los productores y consumidores de los servicios de salud. De igual manera, estudia a un grupo de productores (oferentes) y consumidores (demandantes) denominándose “Mercado de Servicio de Salud”

La definición más comprensiva para la demanda de la salud es propuesta por la OPS (2002) a la cual define como: la necesidad de atención médica asistencial de la comunidad, identificada ésta, como un servicio y/o prestación que se debe brindar en un entorno accesible al servicio. Además, la demanda de los servicios de salud depende de los beneficios marginales que van a obtener y de los costes marginales que este consumo va a implicar en los procesos sanitarios.

Sin embargo, la renta y otros factores afectan las decisiones de la ciudadanía al momento de acceder a un servicio de salud de calidad, razón por la que un sistema de salud público trata de maximizar el nivel del bienestar de un individuo sin importar su nivel de renta.

Dentro de la economía de la salud se tratan aspectos que afectan positiva y negativamente la salud de los individuos, no obstante, es importantes conocer el peso que cada uno de estos factores tienen sobre el desarrollo de la población, ya que estos factores permiten predecir el comportamiento de la salud en una población; entre ellos tenemos: el nivel de renta, las condiciones de vivienda, la cultura, el empleo, la educación, la geografía, entre otros que afectan el acceso a servicios de salud pública. Cabe mencionar que la contaminación es uno de los factores determinantes que afectan la situación de la salud y el bienestar de los seres humanos, es así que la degradación ambiental como el agua no apta para el consumo (compromete la producción de alimentos y el desarrollo económico), el saneamiento deficiente (aumento de las enfermedades en los seres humanos) y la falta de higiene figuran entre las 10 primeras causas de enfermedades en el mundo, afectando de esta manera el desarrollo de las poblaciones. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011).

Según la Organización Mundial de la salud (2009a) los determinantes sociales de la salud en una población permite medir las fortalezas y debilidades de las decisiones del Estado respecto al acceso y la calidad de los servicios de salud, reconociendo a la vez políticas sociales que contribuyan directamente al mejoramiento de la calidad de vida de los individuos. Por tales motivos, estos determinantes deben ser analizados para fomentar políticas sanitarias justas y equitativas, según las necesidades de cada persona, con el fin de priorizar un sistema de atención de salud basada en principios de equidad, prevención de la morbilidad y promoción de la salud con cobertura universal.

Para asegurar que estas condiciones no afecten negativamente a la salud de los individuos, la OMS en su investigación denominada “Subsanar las desigualdades en una generación” pide que se cumplan criterios como: mejorar la disponibilidad y la asequibilidad de una vivienda digna, priorizar el abastecimiento de agua y su saneamiento; promover conductas alimenticias sanas; disminuir la violencia y los delitos mediante una ordenanza adecuada; invertir sostenidamente en el desarrollo rural; disminuir la degradación medioambiental; promover la equidad de género, asegurar el acceso a un buen nivel de educación primaria-secundaria y disminuir el grado de deserción escolar, mismo que asegurará un empleo digno y justo para el desarrollo del individuo.

En el cuadro No.1 Restrepo, Jorge (2005) describe los determinantes del acceso a los servicios de salud tanto del lado de la oferta como de la demanda, los cuales pueden afectar el bienestar y el desarrollo de los seres humanos; así, desde esta perspectiva los problemas de acceso empiezan cuando estos determinantes son los causantes de una subutilización del servicio y un deterioro de los procesos internos de atención al usuario de salud.

Cuadro No. 1
Determinantes al acceso a los servicios de salud pública

Del lado de la Oferta	
A la entrada	Tiempo de viaje
	Medio de transporte
	Distancia de recorrido residencia - hospital
	Horario de Atención
Al interior	Proceso de tramitación: cita
	Tiempo de espera: cita
A la salida	Sistema de entrega de medicamentos, horario de cierre (consultas cortas)
Del lado de la Demanda	
Predisposición	Características demográficas como: edad, género, autoidentificación, edad, género, estado civil e historial médico
	Estructura social
	Cultura
	Socio demográfica
Habilidad	Nivel de renta
	Seguro de salud
Necesidades	Estado de salud
	Frecuencia de dolor
	Urgencia médica
	Días de incapacidad
Utilización	Tipo de servicio (infraestructura, personal, atención)
	Propósito de la visita
	Unidad de análisis (Frecuencia de la visita)
Satisfacción	Información sobre la visita
	Formas de pago
	Calidad equipo, instrumentos y materiales médicos
	Actitud del personal
	Duración de la hospitalidad
	Resultados del tratamiento médico
	Servicios básicos (luz, agua, servicios sanitarios)
	Infraestructura (salas de espera, consultorios, laboratorios)

Fuente: Restrepo, Jorge (2005)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Restrepo (2005) plantea al sistema de salud desde una visión profunda de la interrelación de los factores que determinan la oferta y la demanda de los servicios de salud, donde el nivel de acceso a este tipo de servicios es una de las políticas sanitarias empleadas por los gobiernos centrales para asegurar un sistema de salud que cubra eficientemente las necesidades de los individuos y permita a la vez entender los factores por los cuales los individuos no se benefician fácilmente de este tipo de servicios.

1.2 Fallos de mercado en el caso de los Servicios de Salud

Para Stiglitz (2000), los servicios de salud forman parte de los llamados "mercados imperfectos", dado que presentan una serie de fallas que inciden negativamente en las decisiones del consumidor, limitando de esta manera su eficiencia. Se trata pues de un mercado de competencia imperfecta que no logra un equilibrio o máximo beneficio social

para la población, con la interacción de las fuerzas del mercado. A continuación se detallan algunos fallos del mercado en los servicios de salud:

- *Externalidades.*- es un costo o beneficio que recae sobre una persona distinta de su productor o consumidor, y estas pueden ser positivas o negativas.
 - ✓ Externalidades negativas aparecen en la baja calidad de los servicios públicos brindados, pues la población que paga sus impuestos esperan un servicio de calidad y muchas veces no son los adecuados según sus necesidades e incluso ni siquiera pueden acceder a estos.
 - ✓ Externalidades positivas en el sector salud: los programas de vacunación, que benefician a toda la población, hayan o no aportado con los recursos necesario (impuestos) para hacer posible este tipo de programas.

La internalización de una externalidad se define como la alteración de los incentivos de tal manera que las personas tengan en cuenta los efectos externos de sus actos.

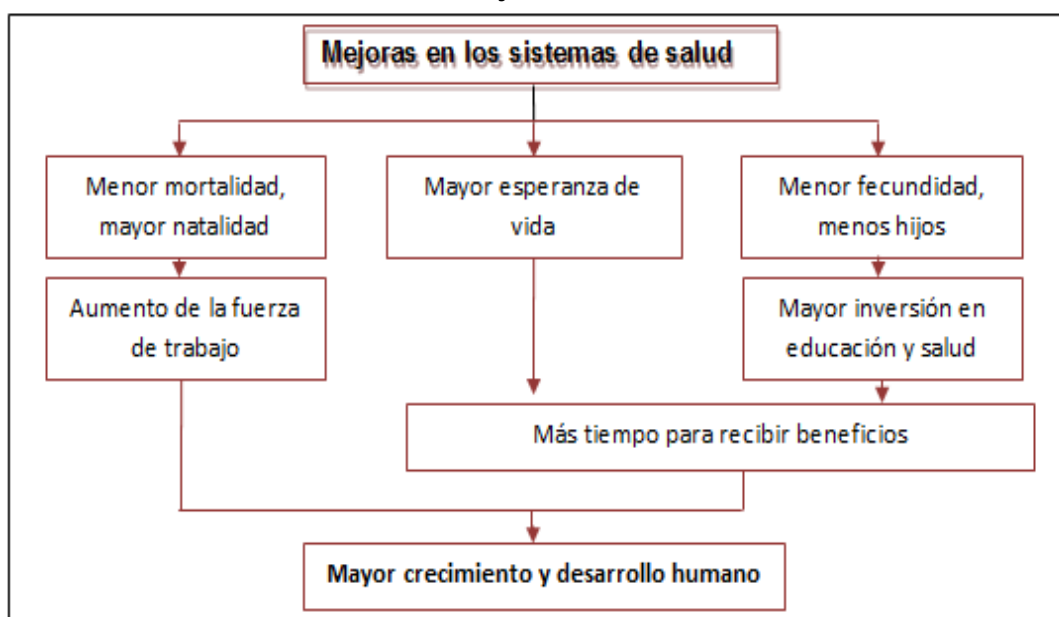
- *La información imperfecta.*- Cuando la población acude a un centro de salud lo que reciben son los conocimientos y la información profesional que el médico le proporciona, como pacientes deben confiar en la profesionalidad del médico pues no se puede valorar correctamente sus conocimientos; es por eso que el estado debe intervenir en la concesión de permisos para ejercer la medicina, además, debe asegurar la calidad de los centros de salud pública y la regulación administrativa de los recursos públicos. Una de los fallos de mercado es que, “la información imperfecta reduce el grado efectivo de competencia, la heterogeneidad de los servicios médicos dificulta la comparación precio y calidad de los servicios brindados e impide así que se difunda eficazmente la información” (Stiglitz, 2000:350)
- *Competencia limitada.*- Un problema de la competencia de los servicios sanitarios es que en las ciudades pequeñas existen un número de médicos y centros de salud limitado, lo que impide a una persona elegir un servicio de otro, impidiendo estimular la competencia y mejorar servicio brindado a través del tiempo.
- *Ausencia de ánimo de lucro.*- La consecuencia de la ausencia de fines de lucro tiene impactos importantes sobre la calidad de los servicios brindados, es así que un hospital con fines de lucro obtienen una ganancia positiva por su trabajo, siendo éste su incentivo para mejorar la calidad de los servicios brindados, en cambio los escenarios de los hospitales sin fines de lucro carecen de incentivos para ofrecer unos servicios de calidad.
- *La desigualdad y la provisión pública de servicios médicos.*- Las consecuencias de la desigualdad han llevado al Estado a adoptar un rol importante dentro de la subvención de los servicios médicos, pues estos respaldan sus decisiones para corregir condiciones de inequidad que según Stiglitz (2000:127): “no debe negarse la asistencia a ninguna persona, independientemente de su renta” esta visión se conoce con el nombre de “Igualitarismo Específico”.

1.3 Política Sanitaria

La política sanitaria en el sector público se ocupa de la justicia distributiva del Presupuesto General del Estado (PGE) dentro del sector de la salud, para ello, se distinguen tres objetivos que deben ser ponderados: maximizar la salud de cada uno de los individuos, reducir las desigualdades existente en sistema de salud y favorecer a la población que verdaderamente se lo merecen en función de sus estilos de vida. (Organización Panamericana de salud, 2002)

El objetivo de las políticas públicas de salud es mejorar las condiciones del capital humano, pues las decisiones que se adopten en el campo sanitario tienen una implicación económica relacionada directamente con la asignación de recursos que se destinan a salud, los cuales ayudarán a elevar los niveles de calidad de vida de las personas, favoreciendo al desarrollo económico-social, el gráfico No.1 indica como las mejoras en los sistemas de salud conlleva resultados positivos en el crecimiento y desarrollo de un país

Gráfico N° 1
Consecuencias de las mejoras en los sistemas de salud



Fuente: Organización Panamericana de salud (2002)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Las políticas económicas en el campo de la salud se enfrentan a dos cuestiones básicas: por una parte los recursos destinados a este sector son limitados, los cuales debe prestar la mejor atención al paciente con el menor costo posible; la segunda cuestión trata de la cantidad y calidad de los servicios, ya que estos dependen de las preferencias de los individuos que acuden a los servicios de salud y de las políticas sanitarias de un país, por lo que es imprescindible realizar asignaciones presupuestarias eficientes de esos recursos limitados, estos dos parámetros justifican la necesidad de aplicar políticas óptimas en bienestar del desarrollo humano y en la reconstrucción de la salud pública mediante la participación ciudadana social. (Gálvez, 2004)

En la actualidad, los países han tomado la decisión de descentralizar algunos bienes y servicios como estrategia de estabilidad política, con el fin de mejorar y facilitar el manejo de los servicios en cada grupo de la población; por lo tanto, la descentralización consiste en trasladar el poder político, fiscal y administrativo a una subregión (alcaldías o áreas de salud) como ente rector de los recursos públicos asignados mejorar el acceso y la calidad de los servicios públicos brindados. La transferencia de estos recursos permite al gobierno central actuar en beneficio de la sociedad mediante los gobiernos locales. (De la Cruz, Pineda y Poschl, 2010)

La aplicación de la política de la descentralización se fundamenta teóricamente: en el establecimiento de un equilibrio entre los servicios ofrecidos por el sector público y las necesidades de la población, es decir, los recursos traspasados a delegados locales pueden ser manejados con mayor eficiencia ya que estos conocen las condiciones y las preferencias locales al tener una relación directa con aquellas comunidades y poblaciones alejadas de las decisiones del gobierno central, siempre y cuando se aplique una política transparente en el ámbito de la descentralización. Sin embargo, dicha política no siempre cumple con su objetivo, pues existen riesgos que dificultan su principal función, por ejemplo: las autoridades locales pueden destinar estos recursos a otros fines (beneficios propios) debido a la ausencia de mecanismos de control, puede también presentarse un desequilibrio en la distribución de recursos por parte del gobierno central e incluso puede incurrir en un déficit fiscal por la incapacidad de cubrir las necesidades regionales; por otro lado, los bienes y servicios dotados por los gobiernos locales pueden no responden a las preferencias de los consumidores ya que muchos de estos están sujetos a condiciones de una economía de escala, razón por la que no siempre esta técnica de distribución de recursos resulta eficiente y equitativa. (Dillinger, Perry y Javed Shahid, 1999)

Uno de los problemas del método de financiamiento de los servicios públicos de salud que utiliza la mayor parte de los Gobiernos Centrales es que la distribución de los recursos se lo realiza mediante asignaciones presupuestarias según factores como: el número del personal, disponibilidad de equipos, materiales, suministros y otros que miden la capacidad productiva de los centros de salud, los cuales no tienen ningún incentivo para disminuir costos y asegurar un buen servicio de salud, al contrario, otras economías utilizan el método de un sistema de financiamiento basado en resultados, donde las proformas presupuestarias son distribuidas de acuerdo al número de beneficiarios que accedieron al servicio y según la calidad de la atención, incentivando continuamente a la eficiencia y eficacia de los servicios de salud. (Dillinger, et al, 1999:85).

El cuadro No. 2 muestra el financiamiento del gobierno central según los diferentes tipos de servicios de salud, en el cual manifiesta los bienes puramente públicos (no son rivales ni excluyentes), los servicios familiares (rivales en consumo y no excluyente) y los aportes a la salud familiar, en los cuales, el Estado debe asegurar su acceso especialmente en aquellos servicios que son suministrados solamente por el sector privado.

Cuadro No. 2
Financiamiento del sector de la salud según el tipo de servicios

CARACTERÍSTICAS DE LOS BIENES Y SERVICIOS	EJEMPLOS	REGULACIÓN	FINANCIAMIENTO		PRODUCCIÓN
			¿PÚBLICO O PRIVADO?	¿CENTRAL O LOCAL?	
1. Bienes públicos puros en la salud	Información sobre la salud	Central	Público: de lo contrario subfinanciado	Descentralización de los bienes públicos localizados	Pública
	Educación sobre salud				
	Vigilancia de enfermedades				
	Salud ambiental				
2. Aportes a la salud familiar	Vacunas	Central	Público y en parte privado	Descentralización de los bienes con fuertes características sociales	Pública, pero puede ser de preferencia Privada
	Saneamiento				
	Agua potable				
	Prevención de enfermedades				
3. Aportes a la salud familiar mediante bienes privados	Cuidados intensivos	Central	Privado Público (en caso de fallas del mercado)	Central	Privada
4. Bienes de equidad	Cuidados intensivos	Cuidados intensivos	Público	Central	Privada

Fuente: Burki, Perry y Dillinger (1999).
 Elaboración: Jessica Andrade P.

De la Cruz, Pineda y Poschl (2010) en su estudio “La Alternativa local, descentralización y desarrollo” muestran ciertos criterios para que un gobierno descentralizado incremente su eficiencia, los cuales se detallan a continuación:

- Crear bienes y servicios de calidad cuyos beneficios sean aplicados directamente a la población.
- La existencia de mecanismos que permitan identificar las preferencias de los individuos y sancionar el incumplimiento de la dotación de bienes y servicios de calidad.
- La suficiente flexibilidad fiscal a nivel local que permita cubrir con la oferta de bienes y servicios demandados por la población.

Siendo estos mecanismos para dotar servicios con la mayor calidad posible y con un control de los recursos invertidos en el mejoramiento del sector de la salud.

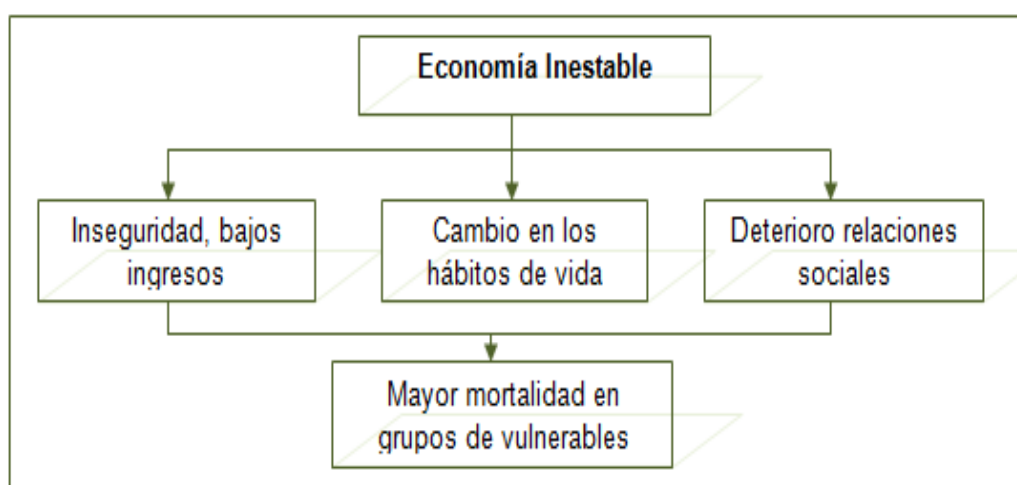
Por otro lado, En 1997 M. H., Brenner dio a conocer una hipótesis sobre los ciclos económicos y la salud basada en la tasa de mortalidad agregada y su relación con las medidas de políticas públicas aplicadas en una economía con problemas, esta hipótesis indicó que los cambios económicos resultado del desempleo de la población y por fluctuaciones del ingreso per cápita de los individuos pueden ocasionar consecuencias en la salud de los seres humanos. (Brenner, 1979, citado en Díaz 2012:9)

Como resultado del estudio, Brenner planteó la siguiente hipótesis:

[...]la inestabilidad económica y la inseguridad aumentan la probabilidad de que aparezcan hábitos de vida desordenados e inestables, perturbación de las redes sociales básicas, y aumento de la tensión, es decir, la relativa falta de seguridad financiera y el empleo de los grupos socioeconómicos más bajos es una causa importante de sus tasas de mortalidad más elevada. (Brenner, 1979, citado en Díaz 2012:10)

La hipótesis explica las altas tasas de mortalidad que existen cuando una economía es afectada por problemas económicos sociales y financieros, y cuando las políticas públicas aplicadas para solventar los problemas sociales son relativamente insuficientes e ineficientes; véase gráfico No. 2.

Gráfico No. 2
Hipótesis de Brenner sobre economía y salud



Fuente: Revista Panamericana de la Salud (2004)
Elaboración: Jessica Andrade P.

1.4 Economía del Bienestar

La economía del Bienestar estudia principalmente la eficiencia de la intervención económica en el bienestar de la sociedad, mejorando la calidad de vida de los individuos y su interrelación con las necesidades básicas tales como: alimentación, vivienda, vestido, educación y salud. (Casares, 2002: 43). Por muchos años, la economía del bienestar ha sido una teoría tratada por varios pensadores económicos, quienes han buscado definir el nivel de bienestar en los seres humanos, entre ellos tenemos:

Kaldor, en cambio centra su teoría en el *principio de compensación*, donde el bienestar de unos individuos pueden ser compensados con el bienestar de otros, es decir, cuando las medidas económicas presentan resultados positivos y negativos en una población, el bienestar de los individuos que presentan pérdidas por estas medidas se compensan siempre y cuando se eleven los ingresos de los beneficiados lo suficientemente como para compensar esa pérdida. (Kaldor, 1939, citado en Escartin, s.f.:471)

La salud es un componente fundamental para el desarrollo humano integral de las sociedades. Si un gobierno aspira un crecimiento social y económico debe tratar de

proporcionar a los individuos un ambiente sano y saludable sin afectar el bienestar de otra persona, es decir impulsar el desarrollo humano y la esperanza de vida en la mayor parte de la población con una distribución justa de los ingresos. El Informe del Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2011, plantea que:

El desarrollo humano supone la expansión de la libertad de las personas para vivir una vida larga, saludable y creativa, perseguir los objetivos que consideren valorables y participar activamente en el desarrollo sostenible y equitativo del planeta que comparten. Las personas son las beneficiarias e impulsoras del desarrollo humano, ya sea como individuos o como grupo. (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011:18)

En efecto, el desarrollo humano se fundamenta en las decisiones políticas tomadas para el bienestar de los individuos y en las restricciones que el entorno crea para aumentar la calidad de vida de las personas, tales como: las limitaciones en las asignaciones presupuestarias, la contaminación ambiental, la pobreza, entre otros que tienden a disparar las barreras de acceso a los niveles de salud y educación. Para superar estas barreras, en la actualidad han existido avances en salud y educación dentro de cada país reflejado en el incremento del IDH, pues a medida que los países incrementan su riqueza, se incrementa también las acciones de los gobiernos por cubrir las necesidades básicas de los seres humanos.

Según Sen (2000) el bienestar humano es la forma en la que los individuos asumen la capacidad de sobrevivir ante las dificultades del diario vivir, valorando aspectos fundamentales para el desarrollo humano, lo que supone, entre otras cosas vivir en un estado saludable que permita lograr sus objetivos como individuos en una sociedad en donde: el bienestar implica conseguir seguridad personal y ambiental, accesos a servicios básicos (salud, educación), buenas relaciones sociales y libertad de expresión que conllevan a una vida digna, ligados a la calidad del entorno y a la sostenibilidad de un ecosistema adecuado.

Para abordar todos estos aspectos es necesario la intervención del estado ya que es el único ente que trata de buscar el bienestar de toda la población, demandando el cumplimiento del derecho a la salud, razón por la cual las decisiones más difíciles que tienen que afrontar el sector público son la eficiencia y distribución equitativa de la renta.

Stiglitz, (2000) considera que la economía del bienestar es la rama de la economía que se ocupa de la gestión de: qué debe producirse, cómo debe producirse, para quién y quién debe tomar estas decisiones analizando la eficiencia en el sentido de Pareto,¹ siempre que un cambio puede mejorar el bienestar de algunas personas sin empeorar el de ninguna otra, debe adoptarse por esa medida, es por eso que en el campo de las políticas de salud pública el Estado debe buscar el bienestar de todos los usuarios.

Para lograr la máxima eficiencia en los mercados Pareto² consideró tres aspectos necesarios (Stiglitz, 2000):

¹ “[...] La asignación de recursos que tienen la propiedad de que no es posible mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de ninguna otra.

² **Vilfredo Pareto.**- sociólogo, economista y filósofo, hizo aportaciones muy relevantes a la teoría del equilibrio, desarrollando los principios de una teoría utilitarista del bienestar (*óptimo de Pareto*); llegó a la conclusión de que la distribución de la renta en cualquier sociedad responde siempre a un mismo modelo, por lo que serían inútiles las políticas encaminadas a redistribuir la riqueza (*ley de Pareto*).

- 1) **La eficiencia en el intercambio.**- los bienes públicos deben estar enfocados para aquellas personas que más valoren y aprecien la disponibilidad de este bien. Es decir, si una persona debe renunciar a una cantidad de un bien debe ser igual al precio relativo de esos bienes en el mercado, es decir que todas las personas tengan la misma *relación marginal de sustitución*³.

Para Stiglitz (2000) la eficiencia en el intercambio establece que al tener una cantidad determinada de recursos, la distribución eficiente de los bienes no puede mejorar el bienestar de alguna persona sin empeorar el bienestar de otra. Sin embargo, si dos individuos están dispuestos a realizar un intercambio y presentan una relación marginal de sustitución diferente existirá la posibilidad de mejorar el bienestar de ambas partes.

- 2) **Eficiencia en la producción.**- una sociedad dispone de ciertos recursos, por lo tanto, no es posible producir una cantidad mayor de un determinado bien sin reducir la producción de otro bien o no se podrían producir más bienes con el mismo coste. Para lograr la eficiencia en la producción se requiere que los individuos tengan la misma relación marginal de sustitución entre un par de bienes a ser elegidos. Stiglitz, Joseph (2000: 83) ejemplifica lo anterior de este modo:

Suponiendo que la relación marginas de sustitución entre la tierra y el trabajo es de 2 en la producción de manzanas y de 1 en la de naranja. Eso significa que si utilizamos una unidad menos de trabajo en la producción de naranjas, necesitamos una unidad más de tierra. Si utilizamos una unidad menos de trabajo para la producir manzanas, necesitamos 2 unidades más de tierra. Y a la inversa, si utilizamos una unidad más de trabajo para producir las manzanas, necesitamos dos unidades menos de tierra. Por lo tanto, si transferimos un trabajador de la producción de naranjas a la de manzanas una unidad de tierra de la producción de manzanas a la de naranja, la producción de naranjas no varía pero la de manzanas aumenta.

Este teorema puede cambiar siempre y cuando las relaciones marginales de sustitución sean diferentes y se pueda transferir recursos de modo que eleven la producción.

- 3) **La eficiencia en la combinación de productos.**- los bienes producidos deber ser los deseados o demandados por los individuos, para esto hay que conocer las preferencias de la población respecto a los servicios de salud, con el fin de obtener la máxima producción.

En el pasado y en la actualidad la utilización de tecnologías y programas sanitarios han sido factores determinantes para lograr un sistema de salud eficiente, ya que los recursos económicos son limitados y los costes de la asistencia sanitaria van elevándose conforme las necesidades de la población, por lo tanto, se requieren procesos eficientes que traten de maximizar el beneficio de la mayor parte de los individuos.

Para Fadini y Vila (2005:107) un proceso de producción es eficiente cuando los procesos utilizados permiten producir más con los mismos recursos y no existen otros proceso que permitan mejorar esta situación, es decir, comparando diversos procesos que tienen los

³ Número de unidades de un bien a las que está dispuesto a renunciar un individuo a cambio de una unidad adicional de otro bien, manteniendo constante el nivel de utilidad.

misimos resultados, se elige el de menor costo. En el campo sanitario, un proceso es eficiente cuando se logra el máximo nivel de salud con un beneficio social óptimo a partir de los recursos destinados a este sector. Para asegurar la calidad del servicio prestado, el sistema de salud debe tratar ciertas cuestiones que ayuden a su funcionamiento; véase cuadro No. 3.

Cuadro No. 3
Preguntas que buscan aumentar el bienestar de la población

Concepto	Pregunta
Equidad	¿Cómo distribuir los recursos?
Eficacia	¿Puede funcionar?
Efectividad	¿Funciona?
Eficiencia	¿Compensa económicamente?

Fuente: Fadini, y Vila (2005)

Elaboración: Jessica Andrade P.

Según Fadini y Vila (2005:110) dentro de la economía del bienestar, el sector público trata de utilizar los recursos limitados de una forma eficiente, sin disminuir el beneficio de aquellos que ya acceden a este tipo de bienes, mediante la búsqueda de un equilibrio presupuestario, un mayor control, eficacia, transparencia y racionalidad en el gasto público destinado a programas sociales, además, señalan que existen 4 técnicas principales de evaluación de la eficiencia económica que trata tanto los costes como las consecuencias de las intervenciones sanitarias en el sector de la salud:

- **Análisis Coste-Beneficio.**- permite identificar la opción que maximiza en bienestar social analizando las consecuencias y resultados de las intervenciones en términos monetarios.
- **Análisis Costo-Efectividad.**- los avances tecnológicos van desarrollado un sistema de salud cada vez más eficiente, este análisis compara los costes y las consecuencias de dos o más tecnologías y programas sanitarios medidos en términos monetarios.
- **Análisis Costo-Utilidad.**- en el sector sanitario se necesita tomar decisiones entre dos componentes con resultados muy distintos y este análisis permite tomar la mejor decisión en bienestar de la sociedad.
- **Análisis de minimización del coste.**- comparar diferentes programas sanitarios con un mismo objetivo de salud y una efectividad pero con diferentes costes.

La justicia social en el ámbito de la salud pública depende muchas veces de las decisiones de quien provee este servicio y de la distribución del gasto destinado a beneficiar a este sector, a pesar de los esfuerzos por alcanzar la equidad en este servicio por parte del Estado, existe una gran parte de la población que no posee una salud óptima y no por decisión propia, sino, porque la forma distributiva de los recursos no es eficiente y se torna una barrera de acceso a los servicios públicos de salud.

Según Sen (2000) la equidad en el sector de la salud no depende únicamente de la situación de la salud de los individuos, sino que debe abordarse desde un ámbito de la imparcialidad y la justicia social, incluida la distribución económica y sobreponiendo al papel de la salud en la vida, en los derechos y la libertad humana.

1.5 Calidad de los Servicios Públicos

Hasta la actualidad no existe una definición la precisa de calidad que identifique el bien o el servicio ofrecido, su concepto es subjetivo que por tanto presenta numerosas dificultades para definirlo conceptualmente y prácticamente.

Los servicios combinan la organización y el entendimiento de los humanos con las entidades que ofertan, Kotler y Jonanne (1996) definen a los servicios como “cualquier acto o desempeño que una persona ofrece a otra y que es intangible y no tiene como resultado la transferencia de la propiedad”. (Kotler y Jonanne (1996), citado en Mohammad, 2011: 22)

En 1994 Gronroos define a los servicios como:

Una actividad o serie de actividades de naturaleza más o menos intangible, que normalmente, pero no necesariamente, tienen lugar a través de interacciones entre el cliente y los empleados de la empresa de servicios, que intentan resolver los problemas del consumidor. (Gronroos, 1994, citado en Mohammad, 2011: 22)

El sector de la salud pública del mismo modo necesita implementar y controlar la gestión de calidad en sus actividades, con el objeto de garantizar el desempeño de los programas sanitarios y los procesos que en ocasiones suelen ser el problema del mal funcionamiento de los sistemas de salud pública, que dan como resultados la baja calidad de los servicios ofrecidos.

Los individuos buscan satisfacer sus necesidades en función de sus preferencias, es decir, según sus gustos están dispuestos a acceder a un bien o servicio. Como lo menciona Tari, Juan en su publicación denominada “Calidad Total: fuente de ventaja competitiva” (2000), la calidad en los bienes o servicios ofrecidos a los individuos, significa mantener procesos de producción que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de acuerdo a sus preferencias. Por lo tanto, las necesidades de los individuos llegan a ser un input clave en la mejora de la calidad.

Por otro lado, en 1951 Armand, Feigenbaum experto en el concepto de Control Total de la Calidad define a esta de la siguiente manera: “se logra cuando todas las áreas y todas las personas de una institución trabajan hacia la calidad y la resultante total de las características del producto y servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de las cuales el producto o servicio en uso satisface las necesidades del cliente” (Feigenbaum 1951, citado en Mohammad, 2011: 16). Además define que la calidad está basada en las experiencias reales de los clientes con el bien o servicio.

Otros autores como Parasurama, Zeithaml y Berry (1993) definen a la calidad a partir de hallazgos encontrados en sesiones de grupos de investigación, afirmando que todos los grupos entrevistados demostraron que el factor clave para lograr un alto nivel de calidad en los servicios eran igual o sobrepasar las expectativas que tiene el cliente después de utilizar el servicio, concluyendo que la calidad del servicio se define como el grado de discrepancia entre las percepciones y las expectativas del cliente. (Citado en Mohammad 2011: 28)

Dentro de los conceptos de calidad antes mencionado es importante recalcar los tipos de expectativas de los consumidores, para esto Parasurama, Zeithaml y Berry (1991) presentaron el nivel deseado (servicio que el cliente desearía haber recibido) y el nivel adecuado (servicio que el cliente considera adecuado para satisfacer sus expectativas), entre estos dos niveles se forma una zona de tolerancia, si el nivel de satisfacción sobrepasa esta zona el servicio prestado constituye una ventaja competitiva para la organización caso contrario se crea una desventaja competitiva; véase gráfico No. 3.

Gráfico No. 3
Nivel de Expectativas de Consumidor: Calidad Del Servicio



Fuente: Parasurama, Zeithaml y Berry (1991). The nature and determinants of customer expectation of service. (Citado en Mohammad 2011)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Según Reeves y Bednar (1994) cada concepto de calidad presenta debilidades y fortalezas según su método de medición relacionado con la utilidad de los directivos y la relevancia del consumidor para querer acceder al bien o servicio. (Citado en Rami Mohammad 2011: 17).

El nivel de calidad y de satisfacción de los usuarios acerca del servicio recibido se define según los siguientes aspectos:

- *Estructura:* comodidad, condiciones de las instalaciones y estado de los equipos y herramientas técnicas utilizadas.
- *Cumplimento de lo ofrecido.-* provoca la confianza o desconfianza del servicio recibido, lo que definirá si el cliente vuelve a elegir el servicios.

- *Actitud del personal*.- disposición para escuchar, satisfacer gustos, necesidades y crear una buena comunicación entre el usuario y el personal.
- *Competencia del personal*.- grado de profesionalidad del personal para atender al usuario, es decir si al entregar el servicio se crea un grado de confianza en el servicio entregado.

En el sector Salud Gronroos (1984) propone tres factores importantes que determinan la calidad del servicio recibido (Gronroos, 1994, citado en Mohammad, 2011:36):

1. Calidad Técnica.- características inherentes al servicio (horario de apertura, eficiencia en los procesos)
2. Calidad Funcional.- Forma en la que se presta el servicio al usuario (comportamiento del personal)
3. Percepción del usuario en relación a la institución basada en experiencias anteriores.

Siendo la interrelación de estos factores un punto clave y determinante de la imagen del servicio ofrecido, Gronroos identifica en su modelo factores que afectan al nivel de satisfacción de los usuarios como la dimensión técnica (máquinas y tecnologías), las habilidades técnicas de los empleados, predisposición del servicio y relaciones interna, aspectos que determinan el retorno de los usuarios. (Citado en Serrano y López (s.f): 2).

Varios modelos industriales de la gestión de calidad han sido utilizados por grandes potencias mundiales, uno de ellos son: La Gestión de Calidad Total que según la Asociación Española para la Calidad supone aplicar este concepto al conjunto de actividades, a través de las cuales se alcanza la aptitud de uso y la satisfacción del cliente, donde la Gestión de Calidad Total está basada en criterios que ayudan a calificar la calidad de un bien o servicio; véase cuadro No. 4.

Cuadro No. 4
Modelo de Gestión de Calidad Total

Criterios	Descripción
Liderazgo	Cómo los directivos incorporan el concepto de Calidad en sus actividades
Estrategia y Política	Las estrategias y políticas se basan en el mejoramiento Continuo de la Calidad
Gestión del Personal	Potencial del personal con objeto de mejora continua
Recursos	Optimización de recursos
Procesos	Identificar procesos eficientes
Satisfacción del Cliente	Conocer constantemente el nivel de satisfacción del cliente
Satisfacción del personal	Percepción de los trabajadores del lugar de trabajo
Impacto Social	Grado de Beneficio Social creado
Resultados económicos	Alcanzar metas y objetivos (minimizar el gasto, maximizar el beneficio)

Fuente: Tarí (2000)

Elaboración: Jessica Andrade P.

Dentro del ámbito sanitario la aplicación de estos criterios contribuye al mejoramiento de los servicios brindados a la población, donde las autoridades sanitarias deben buscar el mayor nivel de satisfacción de las y los usuarios, de los trabajadores y de la población que se beneficia de estos servicios, siempre y cuando los recursos utilizados en los programas sociales de salud minimicen los gastos y maximicen el bienestar social. Además, estos criterios de calidad se manejan mediante un concepto de mejoramiento continuo, que permite a las instituciones sanitarias identificar procesos de producción eficiente y de acuerdo a las necesidades de la población, pues los problemas de salud en un grupo de individuos a lo largo del tiempo tiende a cambiar y por ende los servicios de salud deben acoplarse a los requerimientos de la población.

1.6 Teoría del Gasto Público

Para el estudio de la teoría del gasto público iniciaremos describiendo a los bienes y las fallas de la intervención del Estado en este tipo de bienes o servicio, ya que la eficiencia de la salud depende de la responsabilidad atribuida a los organismos rectores.

1.6.1 Bienes públicos

La implementación del concepto de los bienes públicos está implícita en la teoría económica desde 1896 por el economista Knut Wicksell⁴, pero contemporáneamente fue Paul Samuelson⁵ quien sistematizó la idea de bienes de consumo colectivo o bienes públicos en la sociedad.

Características de los bienes públicos

- No rivalidad: El consumo del bien por parte de un individuo no reduce el consumo de ese bien por parte de los demás.
- No exclusión: No hay posibilidades de excluir a nadie de su consumo.

Lynch, Alberto (1998) considera que cuando el bien beneficia al total de la población y por ende produce un bienestar social, se lo considera como un bien público, por lo que será necesaria la intervención estatal, pues el gobierno producirá la cantidad óptima del bien para satisfacer las necesidades de todos los habitantes, mismos que será financiados a través de recursos públicos. Para este tipo de bienes los mercados no pueden garantizar su producción, entonces es el Estado el que debe intervenir para regularlos y asegurar a la población el acceso y la calidad.

Según Mankiw (2009:159) el problema de los bienes públicos es que estos no tienen un precio, poseen un valor económico no determinado lo cual impide que puede haber una negociación que permita fijar un precio que valore dicho bien, razón por la cual el mercado por sí solo no funciona correctamente y se producen entonces las fallas de mercado. Los bienes públicos dan lugar a externalidades pues gente se beneficia del bien sin haber

⁴**Knut Wicksell.**-economista sueco, considerado uno de los fundadores de la escuela sueca de pensamiento económico. Quien afirmó que cada bien público debería ser financiado por un impuesto progresivo para el financiamiento del mismo.

⁵**Paul Samuelson.**-economista estadounidense de la escuela neoclásica quien determinó la relación óptima de producción y distribución entre bienes privados y bienes públicos.

contribuido a su financiación o existe la posibilidad de que haya gente que no puede alcanzar este tipo de bien incluso cuando ha aportado para su producción.

Stiglitz (2000) plantea que el Estado debe destinar los recursos necesarios para producir bienes y servicios que los individuos no pueden acceder si estos fueran producidos privadamente, razón por la cual, define a un bien público puro como aquel que los costes marginales de suministrarlos a una persona más son estrictamente cero y en el que es imposible impedir que la gente reciba el bien, las reglas básicas que debe cumplirse para que el nivel de provisión de bienes públicos sea eficiente debe modificarse la recaudación de los ingresos y la redistribución de la renta.

1.6.2 Fallas de la intervención del Estado

Según Stiglitz, (2000) el objetivo de la intervención del Estado en una economía se basa en: garantizar los derechos de los individuos, dirigir las actividades económicas y ser un agente económico (productor y consumidor) que satisface las necesidades de los individuos, mediante la justa redistribución de la riqueza y un adecuado acceso a bienes y servicios básicos que garantice una vida digna. Los fallos del mercado han impulsado la intervención de los programas públicos con el objetivo de favorecer a las y los ciudadanos que tienen un acceso limitado a ciertos bienes o servicios. Sin embargo, esta intervención cuenta también con dificultades al momento de tomar decisiones en bienestar de los individuos, siendo estos los siguientes:

1.- *La información limitada.*- los gobiernos muchas veces no disponen de la información necesaria para los procesos de toma de decisiones. Por ejemplo: la población de un país están de acuerdo en que el Estado debe ayudar a quienes necesitan, pero este no puede distinguir entre los que verdaderamente necesitan una política social a su beneficio y los que simulan necesitarlo.

2.- *Control limitado de las empresas privadas.*- El estado no puede controlar totalmente las consecuencias de sus intervenciones. Por ejemplo “al implementar un programa de asistencia social es difícil controlar la tasa de utilización por parte de los individuos por lo que el estado no puede conocer exactamente el nivel total de gasto para cubrir con las necesidades de la población”.

En un sistema en el que se paga por los servicios prestados, son los productores y los consumidores quienes deciden la cantidad y la calidad de los servicios que prestan, razón por la cual el control del sector público sobre el privado es limitado.

3.- *Control limitado de la burocracia.*- existen leyes, reglamentos y acuerdos que se manejan burocráticamente y su consecuencia son una seria de ineficiencia e ineficacia, muchas veces se debe a que los burócratas no tienen los incentivos necesarios para acelerar los procesos de implementación de un sistema social.

4.- *Limitaciones impuestas por los procesos políticos.*- muchos de los programas implantados por los gobiernos no tienen el objetivo fundamental de beneficiar a la población si no de ganar población para sus campañas electorales.

1.6.3 Eficiencia del Gasto Público

El gasto público es un instrumento esencial de política económica, tanto en la distribución como en la eficiencia del mismo, ya que en su mayoría debe financiar programas prioritarios que busquen maximizar el bienestar individual y social, además se entiende como la cantidad de recursos financieros, materiales y humanos que el gobierno emplea para el cumplimiento de sus funciones. (Ibarra, 2009)

Sommers (1967) propuso algunos principios con el fin de orientar la eficiencia de la gestión del gasto público (citado en Ibarra, 2009: 69) entre ellos tenemos:

- Gasto Mínimo.- el Estado debe asignar recursos de forma eficiente, es decir, gastar lo menos posible sin afectar el bienestar de los ciudadanos.
- Mínima interferencia con la iniciativa privada.- los bienes y servicios producidos por el Estado no deben interferir la producción del sector privado.
- Máxima ocupación.- el gasto público debe estar enfocado a elevar el nivel de empleo ante un déficit de la oferta laboral privada, logrando la máxima seguridad social, el mayor ingreso nacional y un mayor nivel de vida.
- Máximo beneficio.- los ingresos del Estado deben gastarse donde la utilidad marginal social sea mayor focalizado el beneficio a los sectores más necesitados sin disminuir el beneficio de los demás.

Muchos de los programas sociales financiados por el Estado, como es el caso de la salud, necesitan realizar una distinción entre las personas que necesitan el programa y aquellos que pueden recibirlo sin necesitarlo. Sin embargo, dada la imposibilidad de identificar a los que realmente necesitan el acceso a este tipo de programas, existe la posibilidad de crear dos tipos de errores: negar la ayuda a los que se merecen y concedérsela a los que no se lo merecen. (Stiglitz, 2000:274)

Por esta razón, el gasto social es conceptualizado desde la perspectiva del desarrollo del ser humano considerándolo como un gasto de inversión, ya que incrementa las oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida de las personas, asegurando el acceso a servicio de calidad en el campo de la salud y de la educación, proporcionando a la vez un ambiente saludable que mejore la calidad de vida de los individuos.

Hay varias hipótesis que explican el crecimiento del gasto público, dentro de ellas se encuentra la Ley de Wagner y su efecto desplazamiento, que se construye a partir de observaciones de datos históricos, en la cual postula una creciente intervención del Estado en la actividad económica para prevenir la formación de monopolios privados (Wagner, citado en Bulacio, 2008: 2). Wagner expuso la idea de que el Estado aumenta su participación en el Producto Interno Bruto por tres razones:

- 1) Se produce un aumento en las responsabilidades administrativas y protectoras del Estado, debido a la sustitución de las actividades privadas por las públicas.

- 2) El aumento de la densidad de la población y de la urbanización son causantes del aumento de necesidades de cada individuo y por ende la obligación de Estado de proporcionar bienestar social a los individuos.
- 3) El aumento de la industrialización, la globalización y los cambios acelerados en la tecnología producen un número mayor de monopolios privados, donde el Estado debe intervenir con el fin de suprimir o por lo menos neutralizar sus efectos, por razones de eficiencia económica.

Otra de las hipótesis del crecimiento del gasto público fue desarrollada por Baumol en 1967 en la que consideró que la expansión del gasto se debe a que el sector privado es más eficiente que el público en la incorporación de tecnologías, el incremento del gasto hará que el sector público pueda competir con el privado en la dotación de bienes o servicios de calidad.

En cambio Peacock y Wisemam (1961) formularon otra hipótesis del incremento del gasto a partir de una crisis, analizando la importancia del patrón temporal de las tendencias del gasto público; (citado en Bulacio, José 2008: 2); es decir, en periodos de conmoción social el gasto conlleva a grandes desembolsos, mientras que en periodos de riqueza el gasto público se mantenía relativamente constante, esta hipótesis se fundamentaba en tres preposiciones:

- Presión fiscal tolerable.- en condiciones económicas y sociales estables, el gasto tiende a mantenerse constante.
- Efecto desplazamiento.- en condiciones económicas y sociales inestables, las políticas fiscales empiezan a crecer, la capacidad recaudatoria del Gobierno aumenta y por ende el gasto público se expande.
- Irreversibilidad del efecto desplazamiento.- Los recursos traspasados al gobierno (mediante impuestos) durante un periodo de crisis no se regresan al sector privado en un periodo futuro.

Estas hipótesis se cumplen según el ciclo socio-económico en el que se encuentre un país, y las decisiones del gobierno central pueden causar diferentes niveles de bienestar en una misma población.

1.6.4 Enfoque keynesiano del Gasto Público

Desde la óptica de la intervención del Estado en la economía, surgen dos puntos de vistas en John Maynard Keynes: economista inglés, el primero suele llamársele reformista cuando pondera que el Estado debe solo asumir un papel simplemente regulador, atrás de la administración de la demanda con el manejo de las políticas fiscales; y el otro radical, cuando plantea que el Estado debe cumplir además un papel de promotor de la inversión atrás de lo que él denomina la “la socialización de la inversión”(Keynes 1933:333).

El mercado, según Keynes (1933), constituye un mecanismo de asignación de recursos, pero por si solo no predispone la asignación óptima, por lo tanto será el Estado el que complementariamente intervenga para la asignación en los diferentes sectores económicos, pues existen sectores que no producen ganancia como el de salud que necesita del Gobierno para beneficiar los servicios ofrecidos a sus usuarios. La concepción Keynesiana considera que “el Estado debe intervenir en la economía a través del presupuesto procurando estimular el consumo” (Keynes, J. M., 1933:334).

Las crisis económicas de una nación son el resultado de una disminución de la demanda agregada pues los individuos disminuyen su consumo, por ende se reduce la producción, el empleo y la calidad de vida; según Keynes es el momento fundamental para la intervención del Estado planteando una política fiscal expansiva del gasto público, con el propósito de aumentar la producción y el consumo compensando de esta manera la caída de la inversión privada con inversión pública, siempre y cuando existan políticas de carácter social (políticas dirigidas a la educación y la sanidad) que mejoren la calidad de vida de los individuos.

1.6.5 Enfoque Neoclásico Contemporáneo del Gasto Público

La intervención del Estado en el enfoque Neoclásico Contemporáneo suele argumentarse en tres fenómenos teóricos: la demanda, la oferta y el gasto público, que se detallan a continuación: (citado en Pacheco, 2009)

En la teoría de la demanda.- implica la modernización tecnológica y los reclamos de grupos sociales en el campo de la salud que obliga al Estado a una ampliación de la provisión de bienes públicos y regulaciones económicas.

La teoría de la oferta.-proviene desde el propio Estado, donde las actividades del sector público tienden a ser más costosas que en los sectores privados entonces la relación gasto público/PIB tiende a aumentar.

Eficiencia del gasto público.- toma las actividades públicas como dadas, hace referencia a dos cuestiones: por un lado si se están utilizando de la mejor forma sus factores productivos, y por otro lado si se está utilizando la mejor tecnología en el manejo de tales factores.

Los servicios nacionales de salud según los neoclásicos presentan ventajas de equidad, puesto que son más coherentes con la concepción de la sanidad como bien preferente, que tiene que ser provisto a todos y en condiciones de igualdad.

El sector de la Salud Pública en el Ecuador

En el Ecuador por muchos años el sistema nacional de salud se ha caracterizado por la centralización de los servicios públicos, con programas que limitaban la posibilidad de una atención integral de acuerdo a las necesidades de la población, dejando como resultado la inequidad en el acceso a los servicios públicos de salud e incrementando de esta manera las barreras (culturales, geográficas, sociales, económicas, etc.) de acceso a la salud universal en el país. (MSP, s.f). Sin embargo, se reconoció la importancia del servicio organizado por niveles de atención, primario, secundario y de tercer nivel; véase gráfico No. 4; con el fin de brindar una atención de mayor calidad a las y los usuarios de salud.

Gráfico No. 4
Niveles de Atención de la Salud en el Ecuador



Fuente y Elaboración: Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2010a).

Sin embargo, en la actualidad el sector de la salud y sus niveles de atención viven una realidad diferente, este sector ha sido uno de los sectores sociales con mayor participación en las decisiones de política pública por parte del Gobierno Central, por lo que el Ecuador ha sido uno de los países de América Latina que ha invertido significativos recursos en el mejoramiento del Sistema Nacional de Salud pública, con el fin de dotar un servicio de calidad a la mayor parte de la población, especialmente a aquellas poblaciones que por barreras socio-económicas no pueden acceder fácilmente a este tipo de servicios afectando así el desarrollo humano sostenido del país; uno de los aportes más importantes en este nuevo proceso es la visión de desarrollo que poseen los gobernantes en las decisiones de política pública, donde la preocupación del bienestar del ser humano en mejorar sus condiciones de vida articulando los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, ambiental y cultural, constituye un eje estratégico y uno de los elementos más sensibles para el logro del Buen Vivir planteado por el Gobierno ecuatoriano. (Asamblea Nacional; MCDS; UNICEF, 2010)

2.1 Situación de la Salud en el Ecuador

Una de las políticas priorizadas por el Gobierno Central del Ecuador a partir de año 2007 ha sido el de incrementar las acciones en bienestar del sector social (salud y educación) implementando estrategias en la atención de áreas y centros de salud pública, al mismo tiempo extendiendo elementos importantes para el desarrollo del sector de educación, con el fin de obtener una correlación positiva entre estas dos variables (educación-salud), por lo que la política de gasto social se ha traducido en la dotación de mayores recursos para el fortalecimiento de estos sectores, es así, que para el año 2011 el gasto social fue de 6.415,4 millones de dólares, siendo este el 26,8% del total del Presupuesto General de Estado (PGE) (23.950,2 millones de dólares), focalizando este gasto hacia la atención de grupos considerados vulnerables o de atención prioritaria.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha venido dando grandes avances orientados al fortalecimiento del sistema en las unidades de salud, buscando implementar el mejoramiento tanto en infraestructura, equipamiento, recursos humanos como en las políticas de gratuidad progresiva impuesta por el Estado, incidiendo significativamente en la demanda hacia estos servicios.

Para obtener un análisis más profundo de la situación del sector de la salud en el Ecuador es importante analizar algunos indicadores, los cuales permiten estudiar la situación real del sector en la población y los efectos de las políticas implementadas por el Gobierno Central en busca de la eficiencia de la prestación de los servicios en el sistema nacional de salud en los últimos años, enfocados principalmente al cumplimiento de los Objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir; a continuación se presentan algunos de estos indicadores.

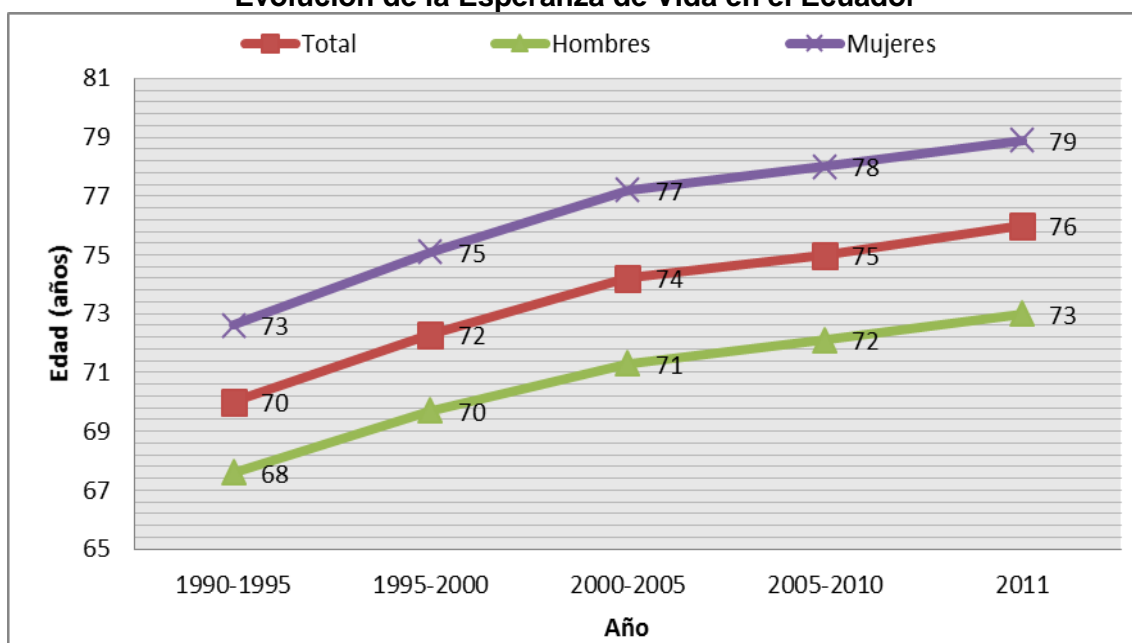
2.1.1 Esperanza de Vida

Según el Banco Mundial (s.f.) la *esperanza de vida* al nacer indica la cantidad de años que un grupo de recién nacidos vivirán si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de la vida del infante, además, indica la calidad de vida de las personas en un país. Desde un punto de vista más económico se lo puede interpretar como la tasa de retorno potencial de la inversión en capital humano que a lo largo del tiempo desempeñará un papel importante para el desarrollo del país.

En el Ecuador la esperanza de vida al nacer ha ido aumentando en el tiempo, lo que puede significar que la calidad de vida de los ecuatorianos haya mejorado en los últimos años, no obstante, la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres debido a varios factores como: trabajos menos riesgosos, tipo de alimentación, condición propias de vida de las mujeres y por las políticas de salud que han sido focalizadas en mayor medida hacia este grupo de la población. (INEC, 2011d)

Así, la esperanza de vida en el Ecuador; véase gráfico No. 5; se ha incrementado a 76 años en promedio por habitante para el 2011, 4 años más que en el año 2000, indicador que ha superado a países como: Colombia, Venezuela, Perú y Brasil, los cuales mantiene una edad de 73 años. (Organización Mundial de la Salud, indicadores 2012)

Gráfico No. 5
Evolución de la Esperanza de Vida en el Ecuador



Fuente: INEC (2011d)/ Banco Mundial, Esperanza de Vida
Elaboración: Jessica Andrade P

2.1.2 Tasa de Mortalidad Materna e Infantil

La Organización Mundial de la Salud (OMS: 2005) define a la mortalidad materna como el indicador que permite evaluar las condiciones de vida de las madres en su periodo de embarazo, parto y hasta un año posparto; a la vez, podemos definir a la mortalidad infantil como la probabilidad de vida del recién nacido dentro de su primer año de edad con relación a cada 1000 nacidos vivos durante un periodo determinado.

Entre las principales causas de la mortalidad infantil en el Ecuador tenemos: bajo peso al nacer, problemas respiratorios, neumonía congénita, sepsis, malformaciones, entre otros problemas de salud que afectan el desenvolvimiento del recién nacido. (OPS; INEC, 2011)

En el transcurso de los últimos años la tasa de mortalidad infantil en el Ecuador ha presentado una tendencia decreciente; véase gráfico No 6; es así, que para el 2011 se redujo en 1,3 puntos en relación con el 2010, debido al incremento de políticas y estrategias implementadas como: el fortalecimiento de los procesos educativos y sanitarios con enfoque intercultural y constantes campañas curativas de enfermedades en menores de 5 años, mecanismos que permiten asegurar el cumplimiento de los derechos sanitarios por parte del MSP y disminuir aceleradamente este indicador; por otro lado, esta reducción se debe también a los esfuerzos por cumplir las metas e indicadores establecidos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)⁶ propuestos por la Organización de las Naciones Unidas

⁶Los ODM son ocho propósitos de desarrollo humano fijados en el año 2000 por la Organización de las Naciones Unidas, en donde los 189 países miembros acordaron alcanzar para el año 2015 ciertas metas e indicadores; entre las metas relacionadas con el sector de la salud tenemos: reducir el porcentaje de personas que padezcan de hambre, la mortalidad de niños menores de 5 años, la tasa de mortalidad materna, el VIH/SIDA, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves que afectan la calidad de vida de los seres humanos. (OMS, 2005)

(ONU) y asignados a los países miembros, donde el Ecuador forma parte de este proyecto mundial; así el Objetivo No. 4 de los ODM trata de reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños y niñas menores de 5 años, por lo que el Ecuador en los últimos años han aumentado las campañas de cobertura de vacunación y prevención de enfermedades en niños y niñas del Ecuador.

En el transcurso de la última década la mortalidad infantil ha presentado una tendencia decreciente, pero no lo suficientemente rápido para cumplir lo comprometido en uno de los ODM; sin embargo, se han realizado avances significativos en la reducción de este indicador, donde, es importante destacar que el MSP, con los integrantes del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Salud (CONASA) han implementado “El Plan de Reducción Acelerada de la Muerte Materna y Neonatal”, partiendo desde un enfoque intercultural de género en la atención materna y neonatal, en el que los resultados dependen del fortalecimiento de liderazgo y rectoría del MSP como autoridad sanitaria nacional.

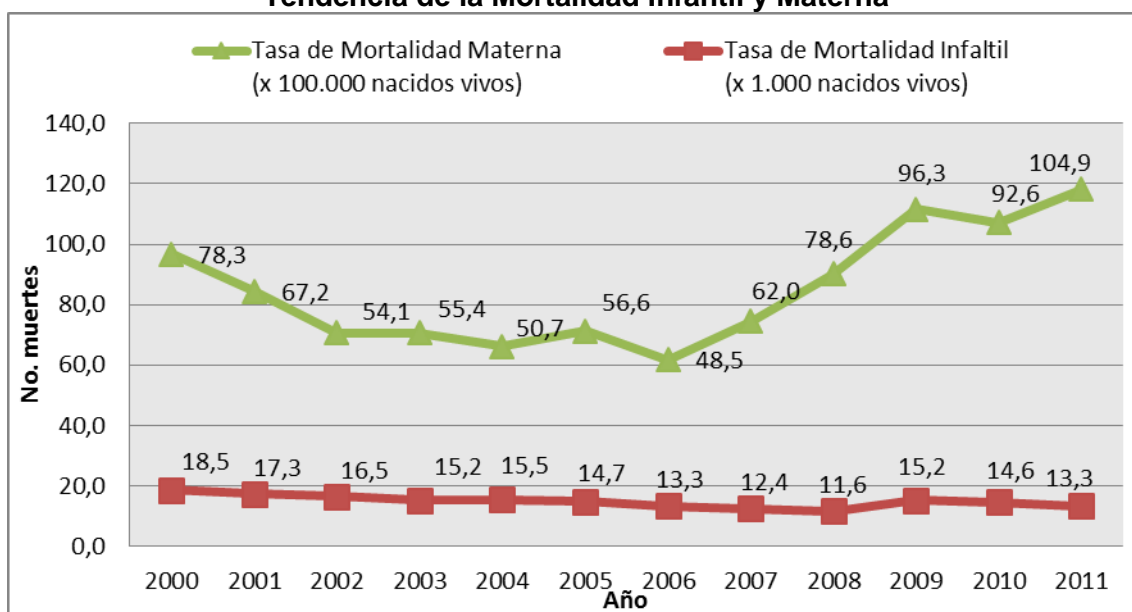
Adicionalmente, se ha ampliado los servicios de vacunación gratuita tales como: el Programa Ampliado de Inmunización⁷, el Tamizaje Metabólico Neonatal⁸ y las campañas temporales contra el sarampión, viruela entre otros programas como métodos de prevención de estas enfermedades; de igual manera, el MSP ha desarrollado lineamientos estratégicos que permiten fomentar los sistemas tradicionales de salud dentro del sistema convencional, a través del reconocimiento, legalización y acreditación de parteras en el personal médico considerado un recurso humano identificado por sus saberes y prácticas ancestrales que busca el bienestar de las madres que requieren un parto culturalmente adecuado como derecho de la mujer y del recién nacido.

Por otra parte, la mortalidad materna en el año 2011 aumentó en 12,3 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, en relación con el 2010; véase gráfico No 6; por lo que sigue siendo un indicador que señala la calidad de vida de la población, este aumento se debe según la Red de Políticas Informadas por Evidencias (EVIPNet) de las Américas y el MSP (2011) principalmente a las barreras de acceso a los servicios de salud que aun prevalecen en la población ecuatoriana, a las desigualdades regionales que experimentan las mujeres tales como: desventajas económicas, sociales, culturales, de género, de discriminación y violencia en todos los niveles de vida de la madre, a los bajos niveles socioeconómicos existentes en el país y a las demoras en el reconocimiento de las complicaciones en los procesos de embarazo, parto y postparto.

⁷El Programa Ampliado de Inmunizaciones mantiene el control, la eliminación y la erradicación de las enfermedades inmuno-prevenibles que experimenta la población ecuatoriana, a través de una Vigilancia Epidemiológica, con el fin de contribuir a reducir la morbilidad y mortalidad infantil de las enfermedades prevenibles por vacunación.

⁸Es programa de Tamizaje Metabólico Neonatal permite detectar cuatro enfermedades en los recién nacidos para prevenir posibles problemas de discapacidades.

Gráfico No. 6
Tendencia de la Mortalidad Infantil y Materna



Fuente: INEC (2011a) -CEPAL-Banco Mundial (2011)

Elaboración: Jessica Andrade P.

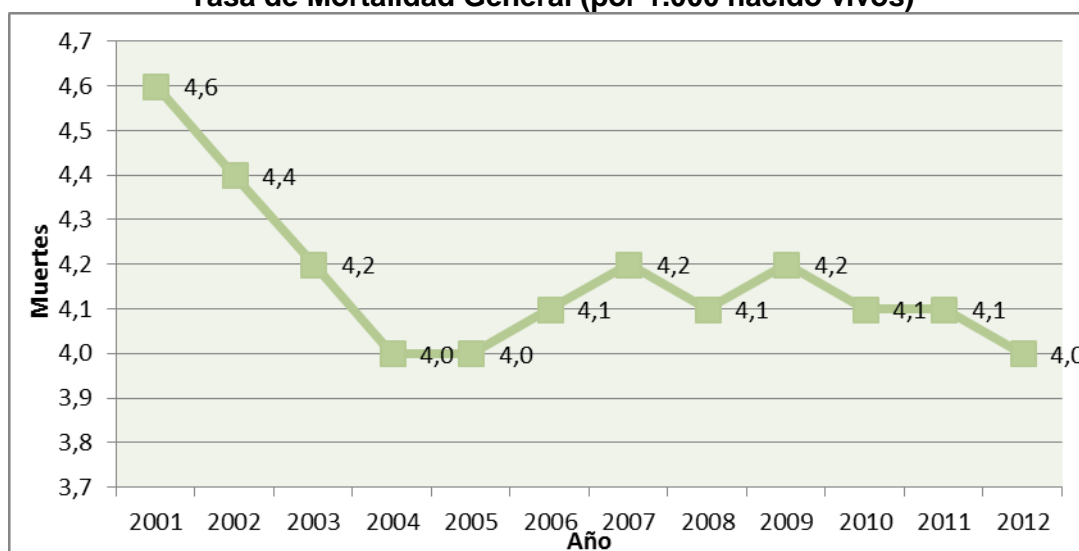
La muerte materna tienen grandes consecuencias económicas y sociales tales como: reducción de la supervivencia de los recién nacidos, disminución del desempeño escolar de niños y niñas sobrevivientes o huérfanas, además de representar una pérdida en el capital humano disminuyendo la productividad económica del país y a la vez los ingresos familiares afectando progresivamente el desarrollo humano sostenible. (MSP, CONASA, 2008a: 15)

2.1.3 Tasa de Mortalidad General

La tasa de mortalidad general según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013:12) es una variable que indica el número medio anual de muertes durante un año por cada 1000 habitantes, también conocida como tasa bruta de mortalidad, misma que muestra los resultados de la eficiencia del Sistema de Salud Nacional y como ha mejorado el modo de vida de las personas en el tiempo.

En el Ecuador se puede observar que las tasas de mortalidad más altas se generaron en el año 2000 y 2001 alcanzando tasas de 4,59 y 4,42 respectivamente, para el año 2003, existe un baja significativa llegando hasta 4,02 muertes, manteniendo una tasa constante hasta el 2001 con una variación de 0.1 puntos porcentuales entre cada año, esto se debe a la expansión de la cobertura de los servicios de salud, al mejoramiento de los niveles educativos de la población, la influencia de los medios masivos de comunicación en las campañas preventivas, el desarrollo de los fármacos para tratar y curar enfermedades que antes no eran combatibles, el mejoramiento de la infraestructura sanitaria (agua, alcantarillado y disposición de basuras) y el acceso gratuito a este servicio, a pesar de estos avances la tasa de mortalidad general sigue siendo uno de los mayores problemas a superar por el sector de la salud en el Ecuador; véase gráfico No 7.

Gráfico No. 7
Tasa de Mortalidad General (por 1.000 nacido vivos)



Fuente: INEC (2011a)

Elaboración: Jessica Andrade P.

Según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC) durante el 2010 se registró un incremento considerable de las actividades en el Sistema Nacional de Salud con aproximadamente 1 millón de pacientes que acudieron a los centros de salud por razones preventivas, además, uno de los objetivos del MSP es incrementar las áreas de salud preventiva para disminuir los infartos relacionados con el miocardio, accidentes cerebro-vasculares e influenza y neumonía, que son las principales causas de la mortalidad general en el Ecuador; véase cuadro No. 5; la mayor incidencia de estas enfermedades han existido en las provincias de Guayas con 60075 casos, Manabí con 35345, los Ríos con 19577, Esmeraldas con 8828 personas y Santa Elena con 6421 habitantes que han sufrido este tipo de trastornos, esto debido a la calidad de vida de las personas residentes en la región Costa del Ecuador.(El Ciudadano, Noviembre 2013).

Cuadro No. 5
Principales Causas de Mortalidad General - año 2010

No.	Causas de Muerte	Número	Tasa (por 1.000 habitantes)
1	Enfermedades hipertensivas	4309	2,98
2	Diabetes Mellitus	4017	2,77
3	Influenza y Neumonía	3361	2,32
4	Accidentes de transporte terrestre	3304	2,28
5	Enfermedades Cerebro- Vasculares	3269	2,26
6	Agresiones (Homicidios)	2330	1,61
7	Enfermedades Isquémicas del corazón	1998	1,38
8	Cirrosis y otras enfermedades del Hígado	1933	1,33
9	Insuficiencia cardíaca	1850	1,28
10	Ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal	1618	11,2
	Causas mal definidas	5785	3,9
	Otras	27907	
	Total de Defunciones	61681	

Fuente: MSP, INEC, OPS (2011) Indicadores Básicos de Salud Ecuador

Elaboración: Jessica Andrade P.

Estimaciones realizadas por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) evidencia que la quinta parte de los menores de 5 años de edad tienen este grave problema y a la vez presentan dificultades en su crecimiento. Así, un hogar ubicado en el decil más pobre tiene 43% de niñas y niños desnutridos crónicos comparado con el decil más rico que apenas tiene un 6% evidenciando la desigualdad existente en el país, estos problemas se presentan mayoritariamente en la población indígena, donde el 51,6% de niños padecen de desnutrición. (SENPLADES, 2009)

La transformación propuesta por este periodo de Gobierno, ha sido en una primera etapa la intervención en el mejoramiento y fortalecimiento del 1er Nivel de Atención (atención de baja complejidad con una oferta de gran tamaño de hospitales básicos y menor especialización y tecnificación de los recursos) con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud y la Constitución de los Equipos Básicos de Salud (EBAS) los cuales ayudan a la eficiencia de los hospitales y centros de salud pública.

2.2 Estructura del Sistema Nacional de Salud

Según el Art. 2 de la Ley Orgánica de Salud del Ecuador, las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector formarán parte del Sistema Nacional de Salud, mismo que tendrá la finalidad de mejorar los niveles de salud y de vida de la población ecuatoriana, disminuir los niveles de riesgo y daños en la salud y promover el desarrollo humano sostenible. En el Ecuador las instituciones públicas de salud cubren aproximadamente el 72% de pacientes que acuden a un centro de salud, mientras que a los entes de salud privada les corresponde el 28% restante, debido a que la mayor parte de la población ecuatoriana se ubica en un rango de ingresos medianamente bajos, pues el 25% de la población en el 2011 se ubicó en el quintil de pobreza más bajo, y por ende, estos acuden a centros de salud con atención gratuita otorgada por el Gobierno Nacional. (OPS; OPS; INEC, 2011)

Según la Ley Organiza de Salud, el sistema de salud del Ecuador está compuesto de la siguiente manera:

El sector público:

- Ministerio de Salud Pública (MSP) es la entidad rectora del sector de la salud en el Ecuador, mediante la regulación, planificación, coordinación, control y gestión de los procesos sanitarios de carácter público, con dos niveles de descentralización (las direcciones provinciales de salud y las áreas de salud a nivel cantonal); Los Ministerios y Consejos Nacionales que actúan en el campo de la salud, mismos que tienen relaciones con las municipalidades locales para ofrecer servicios de atención de salud a la población de cada localidad; el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) que se encarga de otorgar prestaciones económicas y de salud a la población asalariada afiliada; y las instituciones de Defensa Nacional como: el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL) que otorgan seguridad social a los miembros de estos establecimientos y a sus familiares.

- Los Organismos Seccionales como: el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Provinciales, los Consejos Municipales y las Juntas Parroquiales.
- Los Gobiernos Autónomos Descentralizados forman parte de sistema nacional de salud, mediante centros municipales de salud que prestan servicios gratuitos a la población.

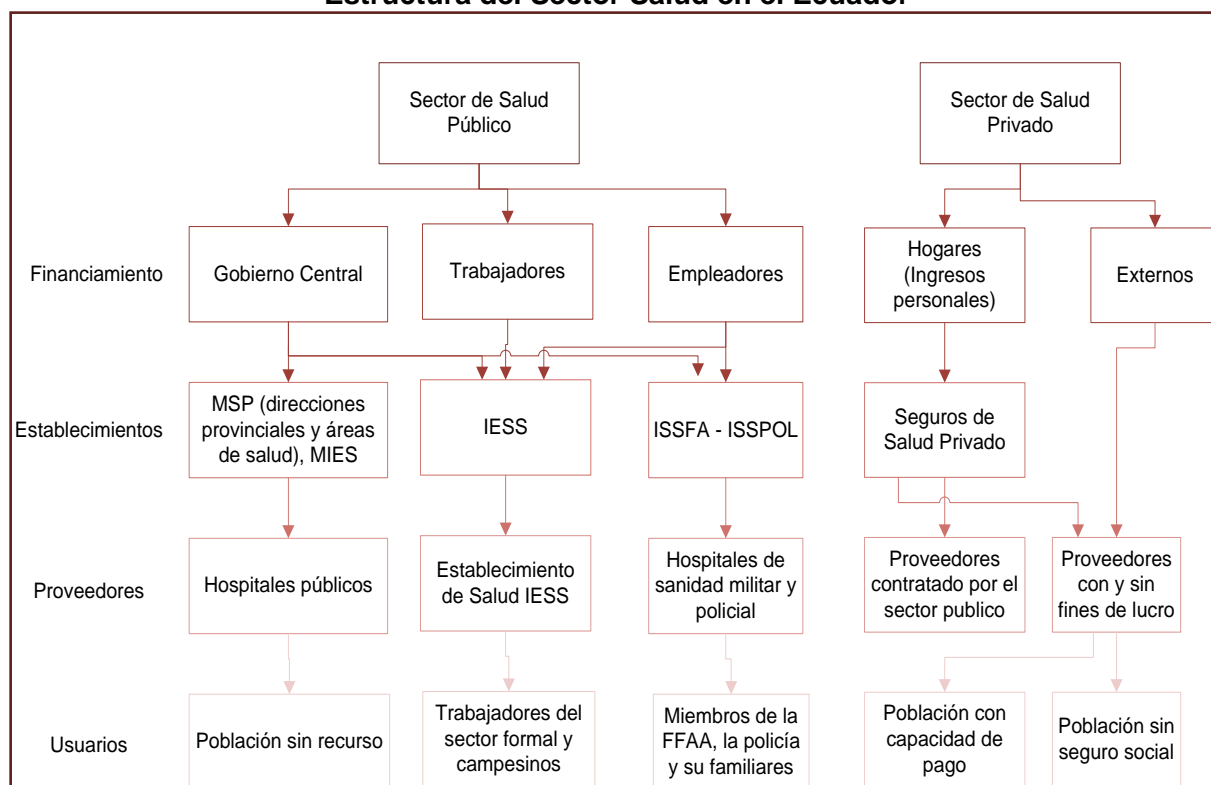
Todos estos establecimientos son financiados con recursos del gobierno, de los trabajadores (afiliados) y de empleadores o propietarios de una empresa o institución.

El sector privado:

- El sector privado comprende; establecimientos de salud con fines de lucro como: clínicas, hospitales, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada; y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil. Además dentro de este sector se encuentran las entidades y organismos privados sin fines de lucro como la Junta de Beneficencia de Guayaquil, la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador (SOLCA) entre otras, que actúa como institución de derecho privado con finalidad de servicio público.

Cada institución del sector salud mantiene un esquema de organización, gestión y fuentes de financiamiento que les permita brindar el mejor servicio de salud sea privado o público logrando la mayor cobertura sanitaria; véase gráfico No. 8.

Gráfico No. 8
Estructura del Sector Salud en el Ecuador



Fuente: Lucio, et al. (2011)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Entre las principales instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud Pública tenemos:

2.2.1 El Ministerio de Salud Pública (MSP)

El Ministerio de Salud Pública fue creado en la Asamblea Constituyente de 1967 con la finalidad de ejercer rectoría, liderazgo, regulación, planificación y coordinación del Sistema Nacional de Salud, además, es la institución encargada de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud como derecho constitucional de las y los ciudadanos, siempre sobreponiendo los principios de universalidad, equidad, calidad, eficiencia sobre la atención a las y los usuarios en los centros de salud del país. Entre algunas de las funciones publicadas en la página oficial del MSP y registradas en la Ley Orgánica de Salud (2006) tenemos:

- Definir, promulgar e implementar políticas, programas, acciones de promoción, prevención y atención de salud, controlar y vigilar a los establecimientos de salud (acceso y calidad).
- Tomar medidas ante riesgos y catástrofes sanitarias.
- Garantizar la dotación eficiente de medicamentos de calidad, mismos que deberán ser destinados para la población que lo necesite.
- Vigilar el cumplimiento de las leyes del Sistema Nacional de Salud siempre con la visión de ofrecer un entorno seguro y saludable para mejorar la calidad de vida de la población articulando a todos los actores del sistema.
- Controlar el aseguramiento de un ambiente laboral seguro, mediante el cumplimiento de las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan las actividades laborales de los trabajadores de la salud.

El MSP del Ecuador trata constantemente de implementar mecanismos necesarios con el enfoque de un nuevo “*Modelo de Gestión de Calidad*” como parte de la reforma democrática del Estado, la cual intenta incrementar tanto las capacidades y competencias del talento humano como el desarrollo de la ciencia y la tecnología en el ámbito de la salud, con el fin de mejorar la eficiencia, la transparencia y la calidad de los servicios y productos ofrecidos a la población con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Para cumplir con los objetivos de salud en el Ecuador, el MSP ha propuesto varias metas que ayudarán a mejorar el Sistema Nacional de Salud, entre las mencionadas en la página oficial del MSP tenemos: la inversión en mejoras de la infraestructura sanitaria mediante la implementación de nuevos centros médicos en los tres niveles de atención o mejorar la infraestructura de los ya existentes; la reducción de la brecha de acceso universal; el incremento de las competencias del capital humano de salud, y la creación de la Red Pública Integral de Salud (RPIS) que busca cubrir la demanda de salud pública del país, traspasando a las y los pacientes que no pueden ser atendidos en centros públicos a otras

instituciones que mantengan convenios con el MSP, entre otros objetivo que mejoren constantemente los servicios de salud ofrecidos a la población.

2.2.2 Consejo Nacional de Salud (CONASA)

El CONASA es una entidad pública con personería jurídica y autonomía administrativa y financiera creada por la ley y publicada en el Registro Oficial No. 670 el 25 de septiembre de 2002, con el fin de promover el Sistema Nacional de Salud conformado por entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias que tiene como funciones:

- Apoyar al MSP en el ejercicio de sus funciones en los ámbitos de coordinación, publicación y cumplimiento de políticas que ayuden a la regulación del Sistema, como en la participación en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución.
- Promover la participación y asegurar los derechos de salud de la población ecuatoriana, con el fin de brindar la mayor cobertura de salud sin discriminación alguna con un servicio de calidad que asegure el buen funcionamiento del sector de la salud.
- Regula la aplicación de normas y políticas de salud entre los integrantes del Sistema, mediante consenso entre las diferentes instituciones, organizaciones y gremios del sector salud.

Todas estas funciones fueron determinadas en la Ley Orgánica de Salud Pública (2006) con el fin de delimitar las acciones de las entidades pertenecientes al Sistema.

Esta institución pública ha realizado varios documentos de normas técnicas y protocolos necesarios para la provisión de los servicios de salud, entre ellos tenemos: el Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna Neonatal 2008 y sus Componentes Normativos, el Manual de Estándares Indicadores e Instrumentos, la Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, la Política Nacional de Bioética, la Política Nacional de Medicamentos, Cuadros Nacionales de Medicamentos Básicos, la Política Nacional de Investigación en Salud, entre otras publicaciones que forman parte de trabajo en conjunto con el MSP en busca de regular las intervenciones médicas en los centros de salud y asegurar el bienestar de la población en el ámbito del mejoramiento continuo de los servicios públicos. Sus funciones y actividades administrativas son financiadas por la asignación del PGE correspondiente a la institución.

2.2.3 Consejo Provincial de Salud (CPS)

Según el art. 21 de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, los Consejos Provinciales de Salud están presididos por el Prefecto o su representante y la Secretaría Técnica será ejercida por el Director Provincial de Salud con sede en la capital de la provincia, mismos que tendrán la responsabilidad de controlar, coordinar y apoyar la ejecución de los consejos cantonales, priorizando el bienestar de todos los habitantes de la provincia. También, funcionan bajo el sistema de descentralización tanto administrativa

como presupuestariamente, mismos que velaran los servicios de salud a nivel de centros, sub-centros, unidades móviles y hospitales cantonales. (Ley Orgánica de Salud, 2006)

2.2.4 Consejo Cantonal de Salud (CCS)

Los consejos cantonales de Salud están presididos por el Alcalde del cantón y la Secretaría Técnica por el Jefe del Área de Salud respectivo o designado, mismos que tendrán las siguientes funciones: asegurar el cumplimiento de las políticas nacionales de salud, formular y aplicar el Plan Integral de Salud en bienestar de sus habitantes, buscar las acciones de promoción de la salud para mejorar la calidad de los servicios públicos de salud ofrecidos y a la vez controlar el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de las y los usuarios; controlar el funcionamiento adecuado de los centros de salud del cantón entre otras que busquen el mejoramiento continuo de los servicios de salud tanto en acceso y calidad en la atención. (Ley Organiza de Salud, 2006)

2.3 Rol del Estado ecuatoriano en el Sector Salud

2.3.1 La salud en la Constitución Política del Ecuador 2008

Para llevar a cabo los objetivos de la Revolución ciudadana, en el 2007 el presidente de la República planteó la creación y actualización de la ley Magna del Ecuador (Constitución 1998), para lo cual se creó en la ciudad de Montecristi una Asamblea Nacional Constituyente con plenos poderes de la función legislativa de la República para realizar el trabajo de la nueva Constitución del Ecuador, misma que fue publicada en el Registro Oficial el 20 de Octubre de 2008, fecha a partir de la cual tomó vigencia la nueva ley Magna del Ecuador para todos la ciudadanía.

La nueva Constitución se fundamenta en derechos individuales y colectivos que tratan de maximizar el bienestar en aspectos sociales, económicos, ambientales y de justicia basada en el *Buen Vivir* (sumak kawsay) de los ciudadanos, manifestando tanto los deberes y las obligación del Gobierno Central, tal como lo establece el Art. 341 que cita: “El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución [...]”, y plantea también los derechos y obligaciones de los ciudadanos con el desarrollo de un país justo y equitativo.

En el campo de la salud, la Constitución de la República del Ecuador 2008 propone y garantiza un sistema nacional de salud pública eficiente y equitativo, mediante el fortalecimiento del acceso a los centros de salud y a la vez asegurar un servicio continuo de calidad como derecho de desarrollo integral para todos los agentes que conforman el sistema nacional de salud, incluso proporcionar la infraestructura y equipamiento necesario según las necesidades de los centros de salud. Además, garantiza el derecho y el reconocimiento de las prácticas de salud ancestral y alternativas ya que el 7,2% de la población se autoidentifica según sus costumbres y cultura como afroecuatoriano, el 7% como indígena y el 7,4% como montubios, grupos sociales en los cuales aún prevalecen ciertas tradiciones. (INEC, 2011e)

Como lo establece el Art. 32: “la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir”; mediante los poderes fiscales, económicos, sociales y ambientales que el Estado ecuatoriano posee, por lo que debe asegurar el acceso permanente a todos sin exclusión alguna (sin discriminación de género, ingresos y cultura) a las instituciones de salud pública, a programas sociales y atención integral de salud sexual y reproductiva; y a campañas de prevención (vacunación y entrega de medicamentos) realizadas por entes públicos, con el fin de proporcionar un hábitat seguro y saludable para la población.

En los Art. 358 al 362 indica que un sistema de salud tiene la finalidad de garantizar una vida saludable e integral con equidad y enfoque de género en cualquier nivel de atención (1er, 2do y 3er nivel) tanto individual como colectivamente, reconociendo las diferentes culturas (medicinas ancestrales y alternativas) y nacionalidades existentes en el Ecuador e impulsando la participación ciudadana y el control social; por lo tanto, el sistema comprende a las instituciones de salud pública, seguridad social y proveedores que pertenecen al Estado (hospitales, centros de salud, centros de promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar, comunitaria y aquellos que practique la medicina ancestral), recursos, programas sanitarios, acciones y actores del sector salud (servidores públicos y usuarios) todos controlados por el Gobierno Central mediante políticas nacionales de salud, normas, reglamentos y leyes que regulen el funcionamiento de las entidades que presten servicios de salud.

Para cumplir con las obligaciones del Estado respecto al acceso a los sistemas de salud pública, el Gobierno Central ha tomado la decisión de proporcionar un servicio de salud totalmente gratuito y universal en todos los niveles de atención, es decir, los procedimientos de consulta y diagnóstico, los tratamientos, medicamentos y rehabilitación no tendrán algún costo directo para los usuarios, especialmente para las personas adultas mayores, mujeres en estado de gestación (en el embarazo, parto y posparto), personas con capacidades especiales y grupos vulnerables y de atención prioritaria; otro aspecto importante acerca de la gratuidad de la salud es la entrega de medicamentos a las y los usuarios, pues el Estado debe garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad seguros y eficaces sin ningún costo para quien los reciba, de manera específica, el sistema de salud entregará medicinas gratuitas a lo largo de toda la vida de las personas con discapacidad. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

La salud es un estado fundamental para el desarrollo humano, pero esta depende de ciertos determinantes que influyen en la calidad de vida de la población, para que estos afecten positivamente a las y los ciudadanos, de acuerdo a la Constitución de la República del 2008, el Estado tienen la obligación de garantizar una vida digna mediante la implementación de una alimentación saludable, agua potable y electricidad, vivienda, un ecosistemas seguro y sin contaminación, educación, empleo, vestimenta y otros servicios necesarios para el desarrollo humano. Por lo tanto, el Estado es el ente regulador del sistema de salud del Ecuador y tendrá como fin buscar el mayor bienestar social para la población, asegurado sus derechos y cumpliendo con sus obligaciones de garantizar un entorno seguro y saludable para toda la población.

Como toda inversión social, los recursos destinados al sector salud provendrán del PGE⁹ los cuales serán distribuidos según las necesidades de salud y los criterios de la población, y este se incrementará cada año en un porcentaje no inferior al 0.5% del Producto Interior Bruto, hasta alcanzar al menos el cuatro por ciento, que representa aproximadamente 240 millones de dólares por año. (Clausula Vigésimosegunda de las Disposiciones Transitorias de la Constitución Nacional 2008)

2.3.2 El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 - 2013

EL Plan Nacional para el Buen Vivir consolida objetivos, metas y políticas que se deberán cumplir para la construcción de un Estado plurinacional e intercultural que alcance el buen vivir de la población; fue creada con una visión más amplia de los problemas que enfrenta el Ecuador y que deben ser superados, mismo que incorpora nuevas estrategias en los sectores sociales de la economía como base del desarrollo humano, con principios de igualdad y justicia social que reconozca los diferentes pueblos y nacionalidad con saberes culturales y modos de vida, incluso, se plantea un modelo que implique un reparto equitativo y eficiente de la riqueza del país que tenga como resultados el mejoramiento de la infraestructura de los servicios públicos considerados básicos y necesarios para la vida, como son la salud y la educación para la ampliación de las capacidades productivas y el funcionamiento de la economía ecuatoriana.

Entendiendo así al Buen Vivir como:

“La satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno, visto como un ser humano universal y particular, a la vez valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a otro”.(Ramírez, 2008, citado en SENPLADES2009: 6).

Desde el punto de vista del sector de la salud el Plan Nacional del Buen Vivir ha planteado los siguientes Objetivos:

- ***Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorialidad en la diversidad.*** - Este objetivo prioriza el bienestar de los grupos de atención prioritarios con el reconocimiento de comunidades, pueblos y nacionalidades, mediante la integración y el cumplimiento de los derechos a: salud, educación, seguridad social, alimentación, agua y vivienda los cuales generen condiciones de equidad en el acceso a bienes y servicios sociales que cubran las necesidades de la población, sin discriminación de sexo, etnia, nivel social, religión y cultura.

⁹Presupuesto General del Estado (PGE).- Es un instrumento para la determinación y gestión de los ingresos y egresos de todas las entidades que constituyen las diferentes funciones del ESTADO (Función Electoral, Legislativa, Ejecutiva, Judicial, de Transparencia y Control Social), con excepción de los pertenecientes a la seguridad social, a banca pública, las empresas públicas y los gobiernos autónomos descentralizados. Los ingresos del PGE provienen de Ingresos Corrientes (petroleros, no petroleros, tributario, y no tributarios), Ingresos de Capital e Ingresos de Financiamiento, por el gasto su clasificación es: Gasto Corriente, gasto de Capital y los intereses de la deuda pública. (Ministerio de Finanzas Públicas del Ecuador, 2011)

- **Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.-** Para mejorar el desempeño de los seres humanos es indispensable brindar y garantizar la atención adecuada y oportuna a los problemas de salud que presenta la población, con el fin de aumentar los logros individuales y sociales que favorezca al desarrollo humano, donde una buena nutrición en niños de hasta 5 años es un elemento básico para el desarrollo futuro de los individuos.
- **Mejorar la calidad de vida de la población.-** la calidad de vida se vincula con la satisfacción de las necesidades individuales y colectivas en ámbitos económicos, sociales, ambientales y culturales, todos ellos relacionados con los derechos de los individuos a recibir una atención integral de calidad con política que promuevan medidas preventivas, reconozcan la medicina ancestral y garanticen un ambiente digno y saludable para el desarrollo de los seres humanos, además de expandir la cobertura y calidad de los servicios de salud mediante una distribución equilibrada de los recursos.
- **Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.-** un ambiente sano es un elemento fundamental que aumente la calidad de vida de la población, promoviendo el respeto a los derechos de la naturaleza y transformando los procesos productivos y de consumo que ayuden a obtener un entorno limpio adecuado para la vivencia de los individuos, fortaleciendo la visión ancestral de la salud en los grupos poblaciones.

Adicionalmente, establece ciertos lineamientos que aseguren el Buen Vivir de la población desde la perspectiva de la salud, entre ellos se encuentra: una asignación prioritaria y progresiva que asegure el acceso universal a servicios de salud, una infraestructura y equipamiento adecuado que cubra la demanda existente, el aumento de los programas de prevención, control y la vigilancia de enfermedades, el fortalecimiento continuo del personal de la salud con el fin de brindar servicios de salud de calidad, eficientes y equitativos sin discriminación de género, de cultura o nivel socio-económico, entre otros aspectos que aseguran el Buen Vivir de la ciudadanía ecuatoriana y mejoren continuamente la calidad de vida de los individuos.

El Plan Nacional del Buen Vivir representa la restructuración del Plan Nacional de Desarrollo del Ecuador, mismo que dejó plasmados grandes lineamientos en la política pública del país, esta nueva propuesta plantea nuevos retos que mejoren la calidad de vida de la población y que a la vez estas mejoras desencadenen procesos de desarrollo productivo que aumente el crecimiento económico del país, focalizando sus políticas en la distribución equitativa de los recursos y en el manejo eficiencia de los recursos públicos.

2.3.3 La Agenda Social 2009-2011

En el 2009 el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social definió para el sector salud tres ejes prioritarios de intervención del Estado, mediante la Agenda Social 2009-2011, los mismos que se detallan a continuación son:

- Primer Eje:

Garantizar la atención integral de salud gratuita y oportuna para los usuarios en cada ciclo de vida, enfatizando en la calidad, calidez y equidad de los servicios de salud, el fortalecimiento del Modelo de Atención Integral en base a la atención primaria, la prevención y promoción de la salud; la articulación de la Red Pública Integral de Salud, el fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Nacional; ampliar el acceso gratuito a medicamentos, el fortalecimiento del recurso humano y de la producción científica y tecnológica en salud. (MCDS, 2009:27)

- Segundo Eje:

Fortalecer la prevención, el control y la vigilancia de la enfermedad: fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica, reforzar los sistemas de prevención y atención integral frente a los principales problemas de salud y la capacidad de respuesta inmediata frente a emergencias, contingencias y desastres. (MCDS, 2009:27)

- Tercer Eje:

Fomentar entornos saludables, promoviendo prácticas de vida saludable en la población y manteniendo estricta vigilancia de los productos de consumo humano: priorizar la educación alimentaria y nutricional; difundir prácticas y estilos de vida saludables: impulsar una intervención intersectorial para la promoción de la salud, campañas informativas sobre prácticas saludables, superar las brechas e inequidad en el acceso a servicios integrales de salud priorizando territorios y grupos poblacionales en situación de desventaja y mayor vulnerabilidad. (MCDS, 2009:27)

Estos ejes fueron establecidos con el fin de ser utilizados como guía a la transformación del sistema nacional de salud requeridos para mejorar la calidad y el acceso de los servicios que prestan los hospitales y centros de salud pública, con políticas más incluyentes, solidarias y con una distribución equitativa de recursos que reconozca la biodiversidad ecuatoriana, dirigida a la construcción de nuevos retos sociales y sistemas de producción que fomente el crecimiento del país y el desarrollo de la Economía Popular y Solidaria¹⁰.

2.4 La Salud Intercultural en el Ecuador

De acuerdo al último censo de población y vivienda realizado en el 2010, en el Ecuador existen 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, que junto con pueblos afroecuatorianos, montubios y mestizos han creado sus propias culturas y tradiciones, donde prevalecen sistemas médicos ancestrales relacionados con su entorno natural, valorando cada práctica ancestral como una forma de diferenciarse de otras poblaciones.

Las prácticas de medicina tradicional han existido ancestralmente desde hace muchos años, sin embargo, en el Ecuador han sido invisibilizadas y desconocidas dentro del Sistema Nacional de Salud, coexistiendo en condiciones precarias y sin un control sanitario que impida las malas prácticas medicinales que afecten la vida de las y los ciudadanos, razón por la cual, la interculturalidad ha sido uno de los temas más pronunciados en la política

¹⁰Economía Popular y Solidaria.- forma de organización económica donde sus integrantes, individual o colectivamente, organizan y desarrollan procesos de producción, intercambio, comercialización, financiamiento y consumo de bienes y servicios, para satisfacer necesidades y generar ingresos. (Art. 1 de la Ley Orgánica de Economía Popular y Solidaria del Ecuador).

social del Ecuador a partir del 2007; así, el Art. 57 de la Constitución de la República 2008 reconoce los derechos de los pueblos y nacionalidad, donde es deber del Estado asegurar a todas las personas el respeto de sus derechos mediante políticas integrales que precautelen la soberanía y la biodiversidad natural, con una comunidad libre, intercultural y participativa en todos los ámbitos de interacción social; en lo referente a la salud, en el mismo artículo inciso 11 cita como derecho:

Mantener, proteger y desarrollar los conocimientos colectivos; sus ciencias, tecnologías y saberes ancestrales; los recursos genéticos que contienen la diversidad biológica y la agrobiodiversidad; sus medicinas y prácticas de medicina tradicional, con inclusión del derecho a recuperar, promover y proteger los lugares rituales y sagrados, así como plantas, animales, minerales y ecosistemas dentro de sus territorios; y el conocimiento de los recursos y propiedades de la fauna y la flora.

De esta manera, el Art. 360 de la Constitución de la República 2008, menciona que se respetará el principio de la interculturalidad que conlleve al fortalecimiento de un ambiente sano que sustente el buen vivir para los pueblos y nacionalidades del Ecuador e incorpora la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud.

La diversidad de culturas y tradiciones ha desencadenado una variedad de nacionalidades, espacios geográficos y realidades ambientales que interactúan entre sí mediante sus propias historias, identidades, lenguajes y modos de vida de la población, lo que ha representado una dificultad en el planteamiento de política que benefician a toda la población por igual, dejando como resultado un obstáculo para lograr el beneficio social de todos los ecuatorianos al tratar de imponer políticas que llevan a una serie de descontentos entre los diversos pueblos y nacionalidad. Por esta razón, las relaciones internas se dan en medio de problemas como: el racismo, la pobreza, la exclusión social y la mala distribución de los recursos, siendo estos determinantes claves que dificultan el acceso a los servicios de salud.

Campos, Roberto define a la salud Intercultural como:

La práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes. (Campos, 2004, citado en MSP, 2010b:25)

Entre las representaciones de interculturalidad más trascendentales en el sector de la salud tenemos la maternidad, siendo uno de los acontecimientos más importantes en la vida social de la población; según el Center For Human Service y el MSP (2010c) en el Ecuador existen parteras, consideradas personas especiales por sus saberes y sus prácticas ancestrales desarrolladas mayoritariamente por mujeres de las comunidades y pueblos del Ecuador, estas son escogidas por salvar vidas y reconocidas en la vida espiritual y tradicional de las comunidades de los pueblos ecuatorianos. Los hierbateros/as, curanderos/as y sobadores/as son otras representaciones de los sistemas tradicionales de salud, los cuales a lo largo del tiempo han implementado sus conocimientos de símbolos, creencias y ritos en la vida diaria de la población.

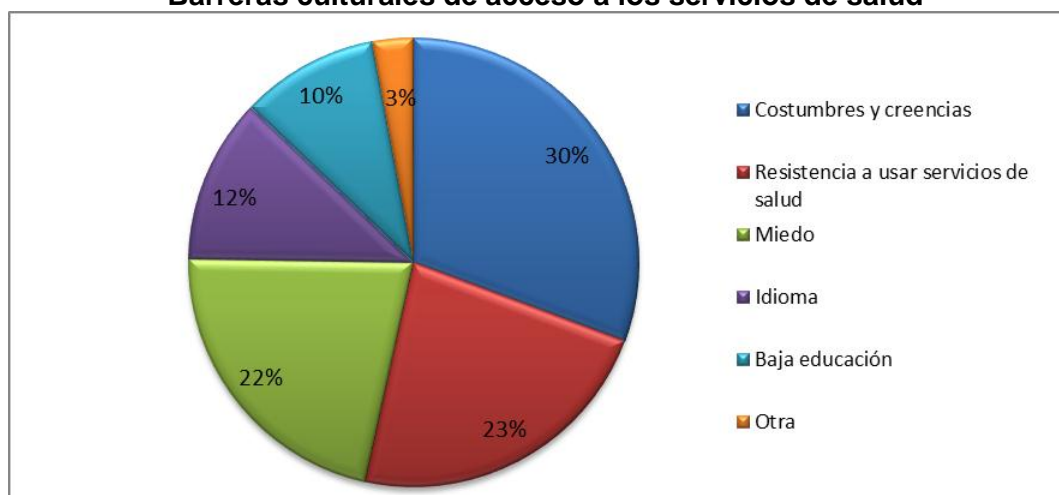
En el Ecuador, sólo el 30,1% de partos de mujeres indígenas y afroecuatorianas ocurren en instituciones de salud y el porcentaje restante mantiene este proceso dentro de sus domicilios, es así que más de 40% de las mujeres pertenecientes a las provincias de

Esmeraldas, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar y Chimborazo y aproximadamente el 30% de las mujeres que habitan en la región amazónica del Ecuador tratan los problemas de salud en sus hogares sin una guía médica que asegure la vida de la madre y del recién nacido. (MSP; CONASA 2008b:14)

Este tipo de sistemas tradicionales presentan ciertos niveles de peligro en la vida de aquellas personas que acceden a este servicio, debido a la falta de higiene en los materiales utilizados y las bajas condiciones de salubridad en sus prácticas, además, no poseen la capacidad de exámenes médicos que indiquen un diagnóstico verdadero del paciente y la falta de seguimiento de las enfermedades, son causas por las cuales el Estado intenta incorporar la medicina tradicional al sistema nacional de salud pública.

En la última década el Ecuador ha intentado tomar decisiones en bienestar de todos los individuos basándose en elementos de justicia social, igualdad distributiva, respeto de los derechos humanos y desarrollo de espacios comunes, mismo que brinden servicios básicos según las necesidades de cada individuo; para esto se ha pretendido introducir la medicina tradicional en el sistema de salud pública aumentando el acceso, especialmente a la población indígena que por sus creencias e idioma han tenido ciertos inconvenientes al momento de solicitar y recibir este servicio. En un estudio realizado por el MSP (2010) acerca de la salud intercultural en el Ecuador señala que las mayores problemas de la población para acceder a los servicios de salud son: por costumbres y creencias, por la resistencia a usar los servicios de salud (debido a la falta de personal con conocimientos en medicina ancestral), por miedo, por el idioma y por el nivel bajo de educación; véase gráfico No. 9.

Gráfico No. 9
Barreras culturales de acceso a los servicios de salud



Fuente: MSP; UNFPA (2010:34). Salud reproductiva con enfoque Intercultural
Elaboración: Jessica Andrade P.

El MSP del Ecuador viene promoviendo políticas de salud intercultural con la construcción de Modelos de Gestión y de Atención en Salud mediante la participación activa de los pueblos y nacionalidades que aporten a la reconstrucción y mantenimiento del Buen Vivir, modelos enfocados a la distribución equitativa del presupuesto necesario para cumplir con proyectos que reconozcan la salud ancestral en el Ecuador y la importancia de fortalecer la identidad, las formas, normas y conocimientos ancestrales de vida, con el propósito de

lograr que estos pueblos cuenten con el acceso adecuado a servicios sociales de salud y educación. Para cumplir con políticas de mejora propuestas por el MSP, los centros de salud pública han tomado la iniciativa de adaptar los servicios obstétricos a las necesidades culturales de cada uno de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, además, se ha implementado la normativa para la atención del parto culturalmente adecuado en el primer y segundo nivel de atención, debido a las altas tasas de mortalidad materna existente en el Ecuador, principalmente en las zonas donde habitan mujeres indígenas con bajo nivel de escolaridad. (MSP, 2010b)

Por otro lado, el MSP ha focalizado su esfuerzo en tres ejes principales para disminuir las barreras interculturales de acceso a los servicios de salud, entre ellas tenemos: el fortalecimiento de políticas públicas enfocadas en las prácticas interculturales ya existentes en el país, seguida por la construcción de estadísticas de salud intercultural que ayude a conocer la situación real del acceso a salud por parte de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, y el tercer eje se centra en las pautas emitidas por las autoridades sanitarias para el buen funcionamiento del sistema tradicional de salud, como parte de estos esfuerzos se han creado varias políticas que guíen la atención adecuada de la salud, por ejemplo se ha publicado materiales como la “Guía para la Atención Intercultural de la Salud Materna”, y otras referentes a la sexualidad reproductiva y la adecuación del parto intercultural como medida tradicional implementada en los centros públicos de salud.

En la actualidad existen hospitales públicos que ofertan servicios de salud con un enfoque intercultural, donde los pacientes son atendidos según sus costumbres ancestrales, entre los centros de salud tenemos: El Hospital Andino Alternativo en la ciudad de Riobamba; El Hospital Sal Luis de Otavalo con su casa de atención materno-cultural denominada “Jambi Huasi” en el cantón Otavalo; La Red de Salud de Loreto en la provincia de Orellana que posee el modelo más grande de participación comunitaria; el área de salud de Guamaní en la ciudad de Quito con sistemas alternativos de curación como la acupuntura y la terapia neural; y hay que destacar el fortalecimiento de un modelo Provincial Intercultural en Sucumbios y en Chimborazo donde existe la mayor parte de la población indígena del país (cantones como: Guamote, Alausí, y Cacha-Columbe) entre otros centros de salud que han aumentado la oferta de este tipo de servicios, los cuales presentan altos niveles de demanda y de satisfacción del usuario respecto al servicio recibido. (MSP, 2010b:59)

Es importante mencionar que estos centros se destacan por el tipo de servicios intercultural que ofertan, algunos de estos servicios son: salas de parto vertical equipadas culturalmente, articulación de parteras en las áreas de salud, implementación de plantas medicinales en los tratamientos médicos, limpias y baños espirituales, uso de animales para diagnosticar enfermedades que son transferidas posteriormente a la medicina convencional previo exámenes y radiografías, registros de pacientes que identifique las características culturales de las y los usuarios, entre otros servicios interculturales que ayudan a aumentar la confianza y por ende la cobertura de salud intercultural a nivel nacional.

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 es otro medio que intenta asegurar la disminución de las desigualdades y los problemas sociales que suelen vincularse en los pueblos indígenas y afroecuatorianos, mismo que señala que es necesario reconocer la diversidad como parte sustancial de la sociedad y como elemento que contribuya al Buen Vivir de la población ecuatoriana a través del aprendizaje intercultural, los saberes

ancestrales y las prácticas culturales distintas. El Buen Vivir se traduce también en la palabra *sumak kawsay* que viene de dos palabras; *sumak* quiere decir plenitud, belleza, excelencia y *kawsay* representa la vida, cotidianidad o existencia, por lo tanto se puede definir como una forma de vida, plena, sana, armónica y de plenitud colectiva e individual que tienen un equilibrio con la naturaleza; dentro del ámbito de la salud tienen el objetivo de resolver problemas concretos, enfocados a realidades sociales y culturales que lleven a la mejora sustancial de los servicios públicos ofrecidos a la población, tanto en calidad, eficiencia, eficacia y en equidad de oportunidades para el bienestar de los seres humano. (MSP 2010b:20)

Para mantener el concepto de Sumak Kawsay se ha aplicado en 19 provincias del Ecuador un modelo de Salud Intercultural, que identifica el trabajo de las comunitarios en la revalorización de sus culturas incluida la medicina ancestral; para esto se creó el programa de “Atención del Parto culturalmente Adecuado” en ocho provincias del país, una de ellas Imbabura, dejando como resultado un aumento del 9,5% de la atención de partos culturales en los hospitales públicos de la provincia. (Coordinación Zonal de Salud No. 1).

2.5 La Descentralización de la Salud en el Ecuador

En el Ecuador, la política de descentralización lleva un enfoque generador de bienestar, cohesión social y desarrollo humano, el cual tiene la finalidad de impulsar la equidad territorial, social y fiscal a nivel nacional. La descentralización está amparada por la Constitución de la República 2008, que según el Art. 1 cita: “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada [...]”.

Pues es deber del Estado promover el desarrollo equitativo, solidario y transparente de todo el territorio ecuatoriano mediante el fortalecimiento de las políticas de descentralización de cada Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) que están dirigidos por ciudadanas o ciudadanos elegidos democráticamente, quienes tendrán la responsabilidad de tomar decisiones en bienestar de su población. (Hidalgo, 2009).

Los Arts. 270 al 272 de la Constitución de la República señalan que el financiamiento de los GAD será mediante la generación de sus propios recursos financieros y la participación de las rentas e ingresos permanentes correspondientes al Estado Central, de conformidad con los principios de subsidiariedad, solidaridad y equidad siempre en bienestar de la población correspondiente a su gobierno.

La distribución de los recursos del Estado para el cumplimiento de las responsabilidades territoriales de cada GAD se efectuará según: el tamaño y densidad de la población, necesidades básicas insatisfechas, logros en el mejoramiento de los niveles de vida, resultados fiscales, administrativos y según el cumplimiento de las metas del Plan Nacional de Desarrollo y el de cada GAD, cambiando el sistema de financiamiento basado en resultados, lo que implica la distribución de recursos de acuerdo con el volumen y tipo de servicios que presenten a la ciudadanía.

Los GAD en el Ecuador están compuestos por las juntas parroquiales rurales, los concejos municipales, los consejos provinciales y los consejos regionales¹¹, también se reconocen a los regímenes especiales de gobierno como: los concejos metropolitanos y las circunscripciones territoriales de pueblos y nacionalidades existentes en el país, los cuales tendrán autonomía política, administrativa, financiera, legislativa, normativa y de participación ciudadana y control social en el ámbito territorial correspondiente y serán controlados por la ley, misma que establecerá las competencias de carácter progresivo y obligatorio, el cuadro No.6 muestra el número de GAD en el país.

Cuadro No. 6
División Gobiernos Autónomos Descentralizados en el Ecuador

	Localidad	No. GAD
Gobiernos Autónomos Descentralizados	Regionales	7
	Provinciales	24
	Municipales	221
	Juntas Parroquiales Rurales	802

Fuente: Hidalgo, (2009); SENPLADES (2009)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Cabe aclarar que según el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) del Ecuador, la Provincia de Galápagos es reconocida como un Gobierno Autónomo Descentralizado de Régimen Especial y que los cantones de Quito y Guayaquil son considerados Distritos Metropolitanos.

Desde el año 2008 las políticas públicas aplicadas en los GAD han focalizado sus esfuerzos para brindar los incentivos necesarios que estimulen a las administraciones locales asumir totalmente la responsabilidad en la generación de recursos y en el manejo eficiente y transparente de los mismos, con el fin de disminuir la corrupción que años atrás ha dificultado la gestión de los GAD y ha perjudicado el bienestar de la población.

En el ámbito de la salud, según la Constitución de 2008 el Gobierno Central debe establecer mecanismos de control en los fondos destinados al sector de la salud, con el fin de garantizar el cumplimiento de las funciones de cada uno de los GAD, particularmente en la dotación de servicios básicos de calidad, que cubran de mejor manera las necesidades locales y asegure el cumplimiento de leyes, normas y reglamentos nacionales referentes al sector de la salud, mejorando de esta manera la eficiencia de la administración pública.

¹¹De acuerdo al Art. 15 del COOTAD, la unión de dos o más provincias con continuidad territorial, superficie regional mayor a veinte mil kilómetros cuadrados y un número de habitantes que en conjunto sea superior al cinco por ciento de la población nacional, formarán regiones autónomas. La SENPLADES definió la propuesta de zonificación como alternativa de planificación y desarrollo, mediante la división territorial del Ecuador en 9 Zonas o Regiones representados de la siguiente manera: Región 1 (Esmeraldas, Imbabura, Carchi, Sucumbíos), Región 2 (Pichincha excepto el Distrito Metropolitano de Quito, Napo y Orellana), Región 3 (Pastaza, Tungurahua y Cotopaxi), Región 4 (Santo Domingo de Los Tsáchilas, Manabí), Región 5 (Bolívar, Guayas excepto Guayaquil, Los Ríos, Santa Elena), Región 6 (Azuay, Cañar y morona Santiago), Región 7 (El oro, Loja, Zamora Chinchipe), Región 8 (Cantones: Guayaquil, Samborondon y Duran) y la Región 9 (Distrito Metropolitano de Quito).

Con la finalidad de delimitar, controlar y garantizar la transparencia de los procesos de los GAD se creó y aprobó el Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización (COOTAD) del Ecuador, que tomó vigencia a partir de año 2010 en todo el territorio Ecuatoriano, el cuadro No. 7 muestra algunas de las funciones y competencias asignadas en este Código para cada uno de los GAD.

Cuadro No. 7
Competencias de los Gobiernos Autónomos Descentralizados

GAD	COMPETENCIAS
Gobiernos regionales autónomos	1. Planificar el desarrollo sustentable y formular el ordenamiento territorial. 2. Prestar servicios públicos con criterios de calidad, eficacia y eficiencia. 3. Controlar las organizaciones sociales de carácter regional. 4. Fomentar las actividades productivas. 5. Fomentar la seguridad alimentaria y el derecho al hábitat y vivienda.
Gobiernos provinciales	1. Planificar el desarrollo sustentable y formular el ordenamiento territorial. 2. La gestión ambiental provincial. 3. Fomentar la actividad agropecuaria. 4. Fomentar las actividades productivas provinciales.
Gobiernos municipales	1. Planificar el desarrollo sustentable y formular el ordenamiento territorial. 2. Ejercer el control sobre el uso y ocupación del suelo en el cantón. 3. Promover los procesos de desarrollo económico local. 4. Prestar y vigilar la ejecución de obras y calidad de los servicios públicos. 5. Planificar, construir y mantener la infraestructura física y los equipamientos de salud y educación y espacios públicos. 6. Preservar, mantener y difundir el patrimonio arquitectónico, cultural y natural. 7. Dotar de un ambiente sano y seguro a las y los ciudadanos.
Gobiernos parroquiales rurales	1. Planificar el desarrollo sustentable de su circunscripción territorial. 2. Planificar, construir y mantener la infraestructura física, los equipamientos y los espacios públicos. 3. Planificar y mantener la vialidad parroquial rural. 4. Incentivar el desarrollo de actividades productivas comunitarias y la protección del medio ambiente en un hábitat seguro. 5. Gestionar, coordinar y administrar los servicios públicos que le sean delegados. 6. Vigilar la ejecución de obras y la calidad de los servicios públicos.

Fuente: Asamblea Nacional (2010), COOTAD.
Elaboración: Jessica Andrade P.

De acuerdo al modelo de descentralización del Ecuador, los Consejos Provinciales de Salud deben trabajar conjuntamente con los GAD para asegurar y controlar la producción y los factores determinantes de la calidad de los servicios de salud ofrecidos en cada uno de los establecimientos destinados para este fin. (Dillinger; Perry, Javed 1999: 88)

El COOTAD señala que es responsabilidad de los GAD velar por el cumplimiento de los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas, y asegurar un ambiente saludable que favorezca el desarrollo de su población; además, el art. 138 establece que la planificación, construcción, y mantenimiento de la infraestructura y equipamiento físico de salud debe ser dotado y controlado por los GAD a través de mecanismos de control de calidad y eficiencia, asegurando la mayor cobertura posible con el mejor servicio ofrecido por los hospitales y centros de salud tanto públicos como privados.

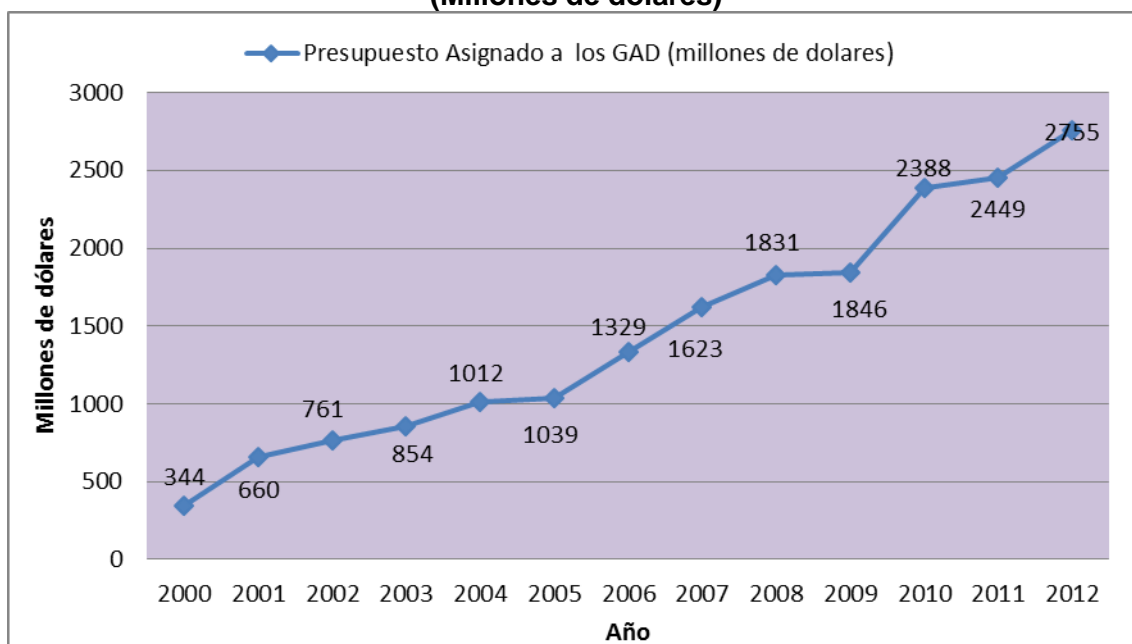
El presupuesto asignado a los GAD para el cumplimiento de sus funciones y competencias dependerá de los planes regionales, provinciales, cantonales y parroquiales, los cuales se ajustarán a los planes de desarrollo de cada suscripción.

Según el Art. 13 de Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud:

El Estado asignará de manera total y automática los recursos financieros correspondientes a las direcciones provinciales, jefaturas de área y los municipios que lo soliciten conforme a los planes de salud y de acuerdo con los criterios de equidad, índice poblacional y riesgo epidemiológico, a excepción de los recursos que se requieran para el ejercicio de la coordinación del Ministerio de Salud Pública.

Los presupuestos asignados a los GAD presentan una evolución y situación favorable en los últimos años debido a las políticas de inversión social por parte del Gobierno Central y a la nueva fórmula de asignación presupuestaria, con un enfoque más equitativo establecida en el COOTAD. El gráfico No. 10: muestra la evolución de la asignación presupuestaria del Gobierno a los GAD, donde se puede evidenciar que en tan solo 6 años la asignación presupuestaria aumentó en un 48% entre el 2006 y el 2011 (1329 a 2755 millones); donde los montos distribuidos se reparten de la siguiente manera: el 27% a los gobiernos provinciales, el 67% a los municipales y el 6% a las parroquias rurales.

Gráfico No. 10
Presupuesto asignado a los Gobiernos Autónomos Descentralizados
(Millones de dólares)



Fuente: (La Hora, 5 de Julio de 2013)/ (El Telégrafo, 29 de octubre de 2012)

Elaboración: Jessica Andrade P.

Cabe destacar, que en años anteriores la transferencia de recursos a los GAD se realizaba mediante los siguientes criterios: necesidades insatisfechas, número de habitantes y superficie territorial, sin embargo, esta metodología acarreó grandes desigualdades entre poblaciones, que a pesar de querer compensar a los municipios con mayores niveles de pobreza, se traspasaba recursos a localidades con mayor población que no necesariamente eran territorios pobres o con mayores necesidades insatisfechas.

En la actualidad la distribución de los recursos es diferente, la asignación se la realiza mediante siete criterios de equidad: tamaño de la población, densidad poblacional, necesidades básicas insatisfechas jerarquizadas, logros en el mejoramiento de los niveles de vida, capacidad fiscal, esfuerzo administrativo, y cumplimiento de metas del Plan Nacional del Buen Vivir y el Plan de Desarrollo de cada localidad. (CNC; SENPLADES, 2012a)

Según el Plan Nacional de Descentralización 2012-2015 del Ecuador elaborado por el Consejo Nacional de Competencias (CNC) y la SENPLADES, los GAD tienen la potestad de crear sus propios ingresos con el fin de satisfacer las necesidades que no cubren los recursos del Estado, sin embargo, en los últimos años el esfuerzo de conseguir ingresos propios por parte de los GAD ha disminuido del 36% en el 2000 al 29% en el 2010, esto se explica por el crecimiento de las transferencias por parte del Gobierno Central y por el crecimiento de los ingresos por tributos y petróleo de los cuales participaban los GAD, dejando a un lado la intervención local en la capacidad de generar recursos propios. (CNC; SENPLADES, 2012b:26)

La descentralización en el Ecuador ha pretendido disminuir la discrecionalidad en la transferencia de competencias enfocadas al fortalecimiento de los niveles de integración, coordinación y cooperación que favorezca al desarrollo del Buen Vivir de la población y a las soluciones de las problemáticas locales, con este contexto, la descentralización ha dejado puntos positivos en varios sectores económicos y sociales permitiendo establecer un equilibrio entre los servicios ofrecidos por el sector público y las necesidades reales de la población, pues los recursos traspasados a administraciones locales pueden ser manejados con mayor eficiencia al tener una relación directa con aquellas comunidades y poblaciones alejadas de las decisiones del Gobierno Central y a la vez disminuir las inequitativas formas de distribución del poder a nivel nacional y territorial, la iniciativa de descentralización ha aumentado el gasto social en salud, tanto en el mejoramiento de la infraestructura como de equipos sanitarios para un buen funcionamiento de los establecimientos de salud, pues la calidad de la atención que prestan los centros de salud dependen en gran medida, del nivel de financiamiento del Gobierno Central. (CNC; SENPLADES, 2012b:24)

Es importante mencionar que para años anteriores a la Nueva Constitución 2008 la asignación fiscal para el sector salud se incrementaba anualmente en el mismo porcentaje en que aumentaran los ingresos corrientes total del PGE, siendo este el medio de financiamiento de las entidades públicas de salud citada en el Art. 46 de la Constitución de la República de 1998, por lo contrario la Constitución 2008 asegura un crecimiento anual de recursos destinados al sector salud, los cuales garantizan una mayor cobertura gratuita de los servicios de salud y una distribución equitativa según las necesidades de cada población.

2.6 El Gasto Público Nacional en Salud

El Ministerio de Finanzas Públicas del Ecuador define al Presupuesto General del Estado (PGE) como:

La estimación de los recursos financieros que tiene el Ecuador; es decir, aquí están los Ingresos (venta de petróleo, recaudación de impuestos, etc.) pero también están los Gastos (de servicio, producción y funcionamiento estatal para educación, salud, vivienda, agricultura, seguridad, transporte, electricidad, etc., de acuerdo a las necesidades identificadas en los sectores y a la planificación de programas de desarrollo)

De acuerdo al Art. 3 de la Constitución de la República 2008, es deber del Estado garantizar la distribución equitativa del presupuesto para la ejecución y evaluación de las políticas y la prestación de los bienes y servicios públicos de calidad ofrecidos a la ciudadanía. En el ámbito de la salud, el Art. 366 indica que el gasto en salud deberá venir directamente de las fuentes permanentes del PGE, y que estos deben ser oportunos y suficientes, distribuidos según las necesidades de salud y el número de habitantes de cada población. Garantizando así la prestación gratuita, la calidad y seguridad de los servicios de salud como derecho de los y las ecuatorianas. (Asamblea Nacional, 2008)

Es importante destacar que, históricamente han existido inequidades sociales en la distribución del PGE, esto se debe, según la publicación Anual de la Asignación Presupuestaria en el Sector Social 2011, a que: *“cuando los subsidios son universales existe una mayor apropiación del beneficio por parte de aquellos con mayor consumo del bien o servicio, siendo, a su vez, quienes cuentan con una mayor cantidad de recursos para hacerlo”*, razón por la cual se han creado mecanismos como el Plan Nacional del Buen Vivir que ayuden al cumplimiento de metas sociales para aumentar el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a los servicios públicos ofrecido. (Asamblea Nacional; MCDS; UNICEF, 2011:11)

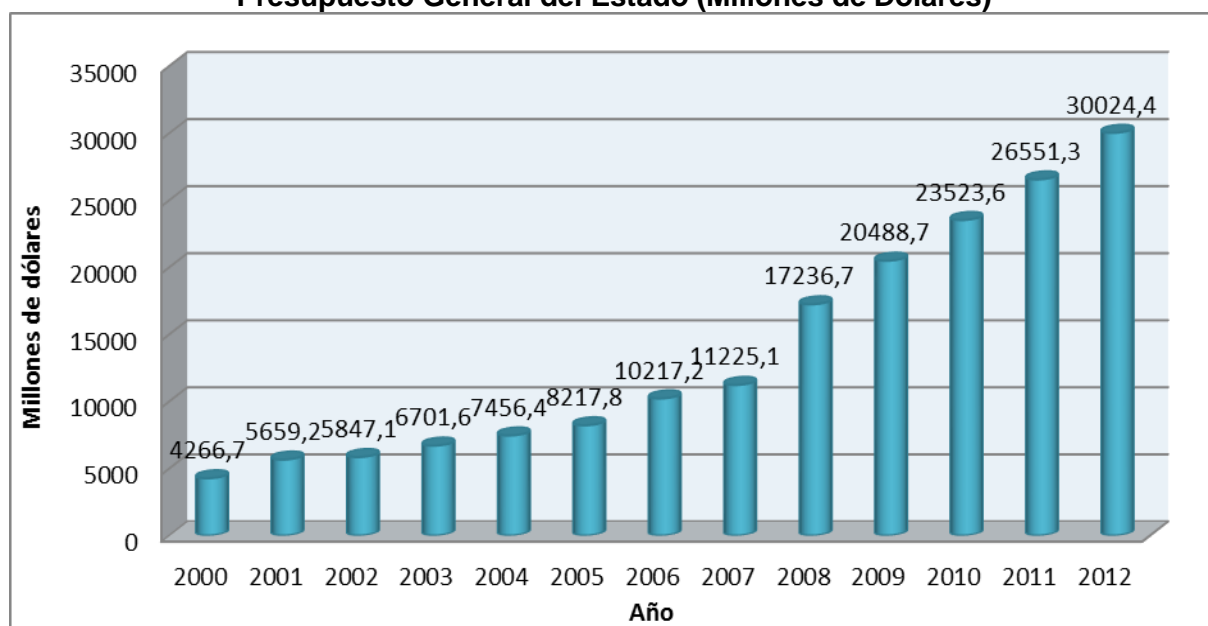
Cada año, las instituciones públicas presentan el plan de gastos proyectados, los cuales cubrirán las funciones asignadas para la prestación de bienes y servicios públicos a la población, estos planes son analizados y aprobados con el fin de prever el rubro de gastos que incurrirá el Gobierno en el año siguiente. Así, por ejemplo, el MSP detalla las prioridades en función de sus necesidades como: rehabilitación en infraestructura, compra de medicamentos, intervención en campañas de vacunación y de prevención de enfermedades en los sectores vulnerables del país, incremento de capital humano etc.

El gráfico No. 11 presenta la evolución del Presupuesto General del Estado (PGE)¹², donde se visualiza un crecimiento significativo de este rubro a partir del 2008, pues el presupuesto correspondiente a los años 2000 al 2007 (8 años) representa tan solo el 46% del presupuesto asignado entre el 2008 al 2012 (5 años); resultado del mejoramiento de las políticas y herramientas de recaudación de impuestos establecidas por las reformas y creación de leyes y reglamentos que regulen esta actividad, incluso superando en un 43% a

¹² El presupuesto General presentado corresponde al codificado para cada año fiscal, el cual presenta los cambios realizados al presupuesto inicial por necesidades coyunturales, es decir, es el presupuesto que va a ser utilizado realmente por las instituciones públicas.

los ingresos recaudados por las ventas de petróleo, disminuyendo así, la dependencia petrolera para los ingresos del PGE. (El universo, 7 de enero 2013)

Gráfico No. 11
Presupuesto General del Estado (Millones de Dólares)



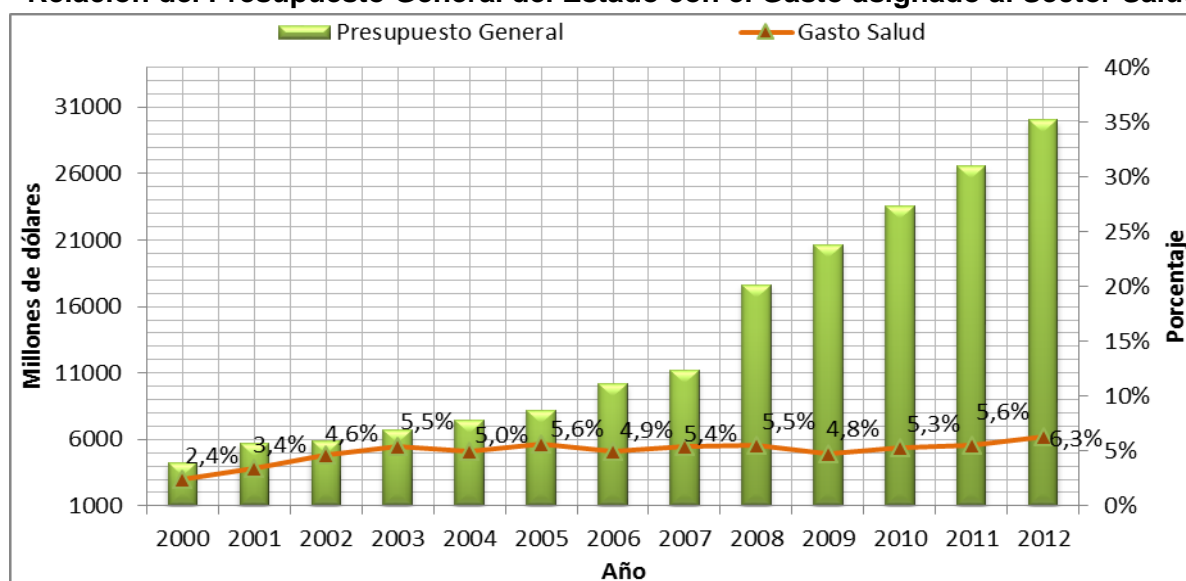
Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas-Portal Estadísticas Fiscales: Ejecución Presupuestaria 2000-2014.
Elaboración: Jessica Andrade P.

La generación de ingresos y gastos ha tenido un crecimiento anual aproximado del 20% debido a la política de inversión en infraestructura, equipamiento físico y en recursos humanos tomada por el Gobierno Central en los últimos años, especialmente para el sector social (salud, educación y bienestar social), esto debido a que se ha planteado la gestión de un presupuesto por resultados, es decir se asignará los rubros correspondientes según las metas y logros a conseguir por cada institución pública. Así, para el año 2010 y 2011 se destinó el 26,5% y 26,8% respectivamente del total del PGE para sector social. (Asamblea Nacional; MCDS; UNICEF, 2011:20)

En el gráfico No. 12 se puede observar la relación del gasto en salud con el PGE, donde se evidencia el aumento del gasto en este sector como resultado de la gran inversión en el Modelo de Atención Integral de Salud desarrollado por el MSP, con el fin de fortalecer la calidad de la atención, optimizar la prestación de los servicios en los tres niveles de atención, organizar el sistema y fomentar la participación plena de la ciudadanía. Sin embargo, el crecimiento del gasto en relación al PGE asignado a lo largo del tiempo ha sido constante (entre el 5% y 6% de participación), pues el crecimiento del gasto en el sector salud no implica una relación positiva con el aumento del PGE, ya que el valor asignado al sector salud es más alto pero no significativo, por ende, sigue manteniendo una relación baja respecto al promedio de América Latina y el Caribe.

Gráfico No.12

Relación del Presupuesto General del Estado con el Gasto asignado al Sector Salud

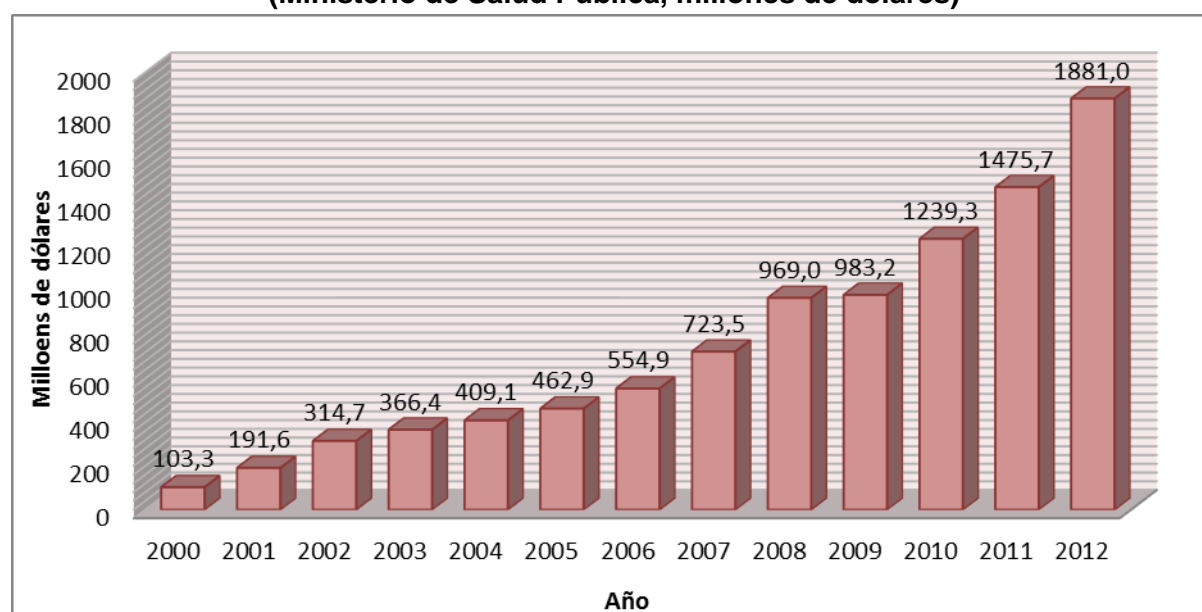


Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas-Portal Estadísticas Fiscales: Ejecución Presupuestaria 2000-2014.
Elaboración: Jessica Andrade P.

En lo referente al sector salud, el gasto destinado ha ido evolucionando positivamente, el gráfico No. 13 muestra la inversión en este sector, donde se puede evidenciar que a partir del año 2007 se produce un aumento significativo del gasto, pues desde el 2008 al 2012, el monto destinado fue de 6548.2 millones de dólares, incrementándose en un 100% respecto a la asignación de gobiernos anteriores, monto que alcanzo apenas 3126.4 millones de dólares (2000 al 2007), permitiendo al Ecuador ser uno de los países con mayor crecimiento en el financiamiento del sector salud en América Latina.

Gráfico No. 13

**Evolución del Gasto Público en Salud
(Ministerio de Salud Pública, millones de dólares)**



Fuente: Ministerio de Finanzas Públicas-Portal Estadísticas Fiscales: Ejecución Presupuestaria 2000-2014.
Elaboración: Jessica Andrade P.

El crecimiento del gasto a partir del año 2007 ha permitido la remodelación de 506 establecimientos de salud, 98 centros construidos, 184 ambulancias nuevas, 2 hospitales móviles, 9 unidades móviles especializadas, y se han destinado USD 204 millones en equipamiento e insumos, 30 millones en medicina gratuita y una expansión significativa de recursos humanos empleados para garantizar la prestación de servicios de salud, pues se contrataron 8.868 médicos nuevos, 1.017 obstetrices, 1.974 odontólogos, 822 tecnólogos médicos, 5.587 enfermeras, entre otros rubros que han aportado al desarrollo y crecimiento del sector; adicionalmente, se puede evidenciar la eficiencia del Gasto Público destinado al sector, ya que existe una mayor cobertura de los servicios y un aumento del nivel de satisfacción de la atención recibida por los usuarios. (El ciudadano, 27 de Mayo de 2013)

El aumento del presupuesto asignado al sector salud ha permitido al MSP invertir en programas de salud necesarios para mejorar el acceso y la calidad de los servicios públicos en todas las regiones del Ecuador, hasta la actualidad se ha invertido en varios programas sociales de salud, entre ellos se encuentran: en el Programa de Alimentación y Nutrición – SIAN para disminuir la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses beneficiando hasta el año 2011 a más de 130 mil mujeres embarazadas y casi 220 mil niños/as; también se incorporó el programa de la Maternidad Gratuita que garantiza la vida de las madres y niños, con una ejecución de hasta el 100% de los objetivos planteados; otro de los programas relevantes ha sido el de la Atención Integral por ciclos de vida con avances hasta el 2011 de 880 mil consultas a niños menores de un año, 1.5 millones a niños en edad preescolar y a más de 1 millón en edad escolar, además se atendió a más de 1.2 millones de adultos mayores. (Asamblea Nacional; MCDS; UNICEF, 2011:23)

Cabe mencionar, que a partir del año 2009 uno de los rubros de la inversión en salud es identificado como gasto en salud intercultural, que dentro de las asignaciones presupuestarias representa un monto de 0,1 millones de dólares anualmente, resultado que evidencia un crecimiento casi nulo de recursos destinados a la salud intercultural; sin embargo, hasta la actualidad no existe un mecanismo que identifique claramente todos aquellos rubros destinados a mejorar las condiciones de vida en el ámbito intercultural de la salud en los pueblos y nacionalidades del Ecuador.

Este porcentaje del gasto destinado a la salud intercultural ha permitido en los últimos años implementar programas de atención a mujer en procesos de embarazo, parto y postparto con un enfoque tradicional, con el fin de disminuir el riesgo de muerte materna y neonatal, especialmente en mujeres indígenas que habitan en las zonas rurales; por otro lado. Este gasto se ve reflejado en algunos centros de salud, donde se han realizado adecuaciones a la infraestructura sanitaria existente, con el propósito de brindar servicios de salud con enfoque intercultural, sin embargo, hasta la actualidad no existe mayor financiamiento para este tipo de servicios, lo que ha dejado como resultado un bajo crecimiento de personal médico especializado en salud intercultural y por ende, la posibilidad de implementar estos programas en otras instituciones de salud, afectado de esta manera la calidad de los servicios de salud con enfoque intercultural.

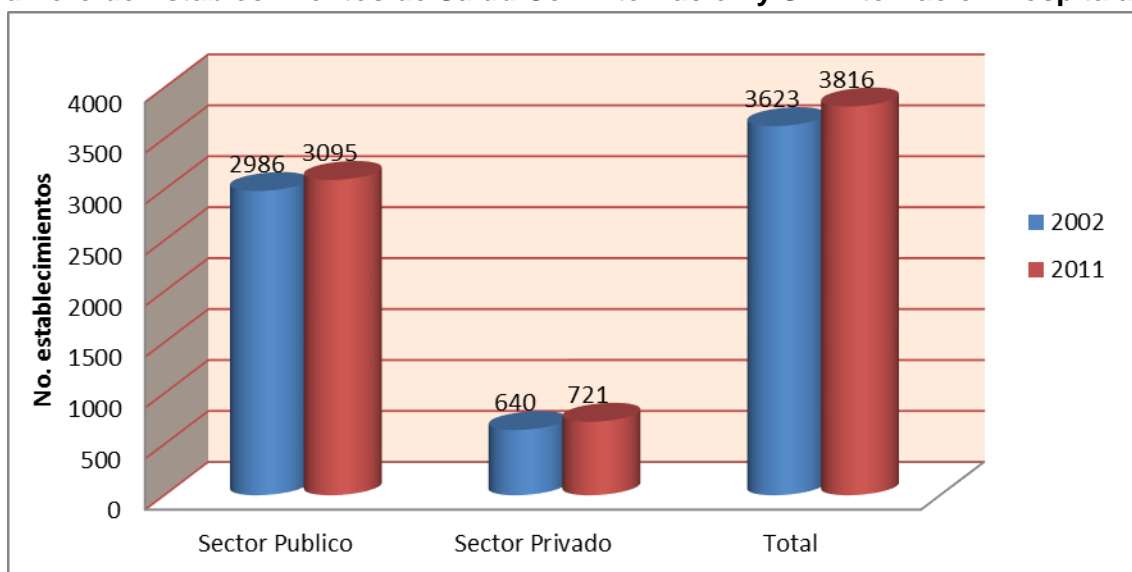
2.7 Situación del Acceso y la Calidad de la salud en el Ecuador

La equidad ha sido uno de los mayores retos para la política pública del Ecuador, debido a los problemas de acceso y calidad de los servicios públicos de salud, caracterizados por la segmentación y la concentración de estos servicios en las ciudades más grandes del país, manteniendo un número bajo de hospitales de tercer nivel a nivel nacional, dejando en grave descuido a la instituciones de salud ubicadas en los cantones pequeños y parroquias rurales, donde la población ha visto la necesidad de salir de su lugar de domicilio a otras ciudades en busca de atención especializada. Para esto, el Gobierno Central ha fijado sus decisiones en el incremento de unidades hospitalarias con servicios gratuitos de salud que cubran las necesidades en atención especializada.

El gráfico No. 14 muestra un crecimiento de 109 establecimientos de salud en el sector público desde el 2002 al 2011, registrando 3816 instituciones de salud en el país, de los cuales el 77% pertenecen al sector público y el 23% al sector privado, beneficiando directamente a la población ecuatoriana que tendrán un servicios de calidad al alcance de sus condiciones tanto económicas como sociales. Estos nuevos establecimientos se han construido en base a una atención Integral con equipos y tecnología de última generación, que facilita la atención dentro y fuera de los establecimientos de salud; adicionalmente, se ha desarrollado la atención a personas con capacidades especiales mediante un enfoque de inclusión social, aumentando la cobertura de salud en los grupos poblacionales más vulnerables del Ecuador.

Gráfico No. 14

Número de Establecimientos de Salud Con Internación y Sin Internación Hospitalaria



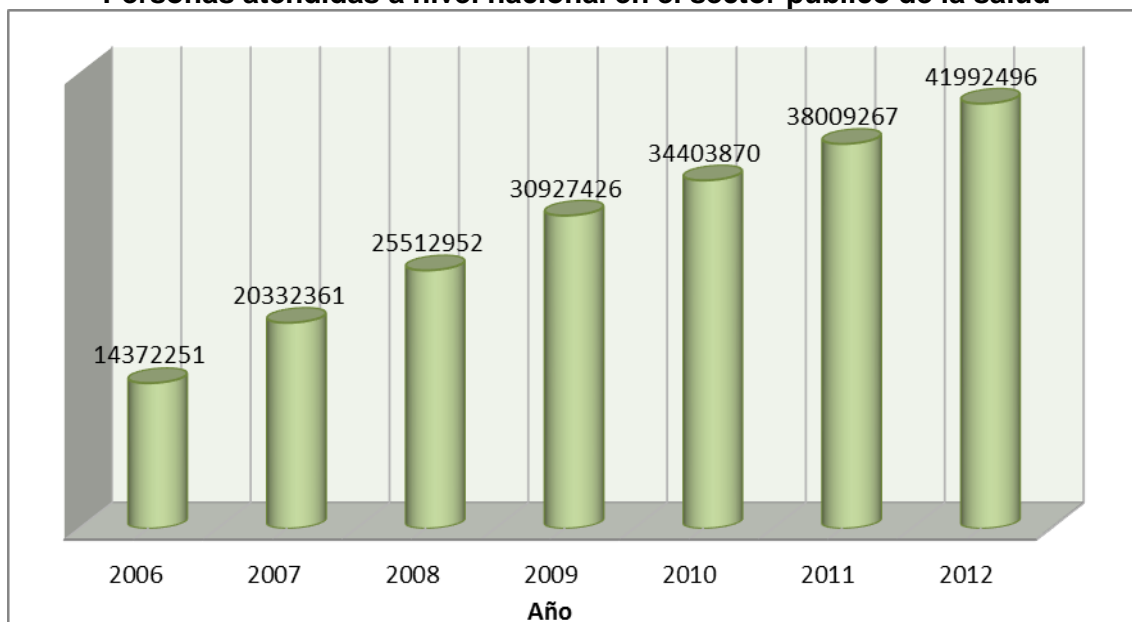
Fuente: INEC (2011b) Anuario de Recursos y Actividades de Salud.
Elaboración: Jessica Andrade P.

La gestión de las entidades del sistema nacional de salud han dejado resultados positivos en los procesos sanitarios; así, las consultas en los centros de salud pública se incrementó significativamente, debido principalmente, a la política pública de gratuidad del Gobierno Central, aumentando de esta manera la confianza de las y los usuarios en los servicios públicos de salud, el gráfico No.15 presenta el total de personas atendidas en el sector de la salud pública, indicador que presenta una tasa de crecimiento anual del 17%, además, el

número de personas atendidas en el 2012 representa 1,9 veces más que las atendidas en el 2006, evidenciando de esta manera el incremento de la cobertura de los servicios de salud pública a nivel nacional.

Gracias a esta nueva cobertura de servicios públicos de salud se ha logrado reducir la tasa de dengue clásico de 50,79 a 20,57 por cada 100000 habitantes desde el 2006 al 2010, siendo uno de los logros más importantes debido a la incidencia de muertes en el Ecuador a causa de esta enfermedad. Además, se ha implementado un plan de inmunización, incrementando el presupuesto destinado a vacunas para diferentes grupos de la población, como método preventivo de algunas enfermedades (influenza, hepatitis, rotavirus, sarampión neumococo entre otras), por consiguiente, desde el 2006 esta cifra se cuadruplicó pues paso de USD 8716108 a USD 35879332 en el año 2009. (Asamblea Nacional, MCDS, UNICEF, 2010:23)

Gráfico No. 15
Personas atendidas a nivel nacional en el sector público de la salud



Fuente: MSP; INEC; OPS (2011) *Indicadores Básicos de Salud Ecuador/ Yáñez, Andrea (2013)*
Elaboración: Jessica Andrade P.

La estructura hospitalaria se complementa con la dotación de camas disponibles en cada uno de los establecimientos de salud pública; en el Ecuador el número de camas por cada 1000 habitantes ha subido de 1,0 en el 2006 a 1,2 para el 2011 debido al incremento de unidades de salud por parte del MSP en diferentes cantones del país, que en cifras absolutas se puede evidenciar este aumento en el cuadro No. 8 que a partir del año 2006 se han incrementado en 3177 unidades, sin embargo esta cifra no guarda relación con el crecimiento de la población, razón por la cual existen inconvenientes en muchos centros de salud por el espacio disponible para cada usuario con internación hospitalaria, a pesar de los avances en infraestructura, ésta sigue siendo deficiente, debido a la política de gratuidad donde la demanda por servicios de salud ha aumentado significativamente.

En cuanto al porcentaje de ocupación de camas en los centros de salud; véase cuadro No. 8; reporta un promedio del 59% desde el 2002, sin embargo las y los usuarios reportan

deficiencia en la disponibilidad de camas en los centros de salud pública, incluso existen centros públicos que mantienen convenios con otros hospitales del sector privado como medida de solucionar la deficiencia en la infraestructura sanitaria, y aminorar el problema de la saturación de los servicios de salud.

Cuadro No. 8
Estructura Hospitalaria del Sector de Salud Pública

AÑOS	CAMAS HOSPITALARIAS	CAMAS POR 1000 HABITANTES	% OCUPACIÓN DE CAMAS DISPONIBLES
2002	20.171	1,1	55,1
2003	19.653	1,0	62,9
2004	18.544	1,1	56,4
2005	21.200	1,1	57,1
2006	21.368	1,0	65,2
2007	19.945	1,0	70,4
2008	20.523	1,2	58,2
2009	21.473	1,0	59,2
2010	22.364	1,1	55,7
2011	24.545	1,2	52,4

Elaboración: Jessica Andrade P.

Fuente: Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos citado en MSP; INEC; OPS (2011)
Indicadores Básicos de Salud Ecuador

En lo referente a los egresos hospitalarios a partir del año 2006 se han incrementado en un 31% en relación al año 2011, como lo indica el cuadro No. 9, esto debido a las campañas de prevención que ha impulsado el MSP en las comunidades, parroquias rurales y establecimiento educativos del país, además se puede evidenciar que la mayor cobertura de salud se encuentra en el sector público ya que para el 2011 abarca el 71% de los egresos hospitalarios en relación del 29% perteneciente al sector privado, razón por la cual el Estado debe asegurar a las y los ciudadanos un acceso equitativo a este tipo de servicios.

A la vez, el personal en salud pública ha aumentado desde el 2006 al 2011 en 14452 empleados, donde se evidencia un crecimiento del 26% en recursos humanos en este periodo; por otro lado, entre el 2002 al 2006 este sector experimentó apenas un crecimiento de 4744 personas, es decir la tercera parte del personal de salud correspondiente al año 2011. Resultado que demuestra el aumento del gasto en salud y el incremento del personal médico necesario para cubrir la gran demanda existente en la actualidad; véase cuadro No. 9.

Adicionalmente, el Gobierno Central ha implementado la política de incentivar e incorporar al capital humano joven entre una edad de 23 a 35 años, disminuyendo la tasa de desempleo en el sector, sin embargo esta política trae consigo factores tales como: el desplazamiento o salida del personal con varios años de experiencia que en ocasiones puede ser efectivo debido a su nivel de eficiencia en los procesos sanitarios, y en otros casos puede ocasionar la salida de personal que aporte significativamente al desempeño de las instituciones de salud pública y la medicina en general.

Cuadro No. 9
Egresos Hospitalarios en el Sector de la Salud

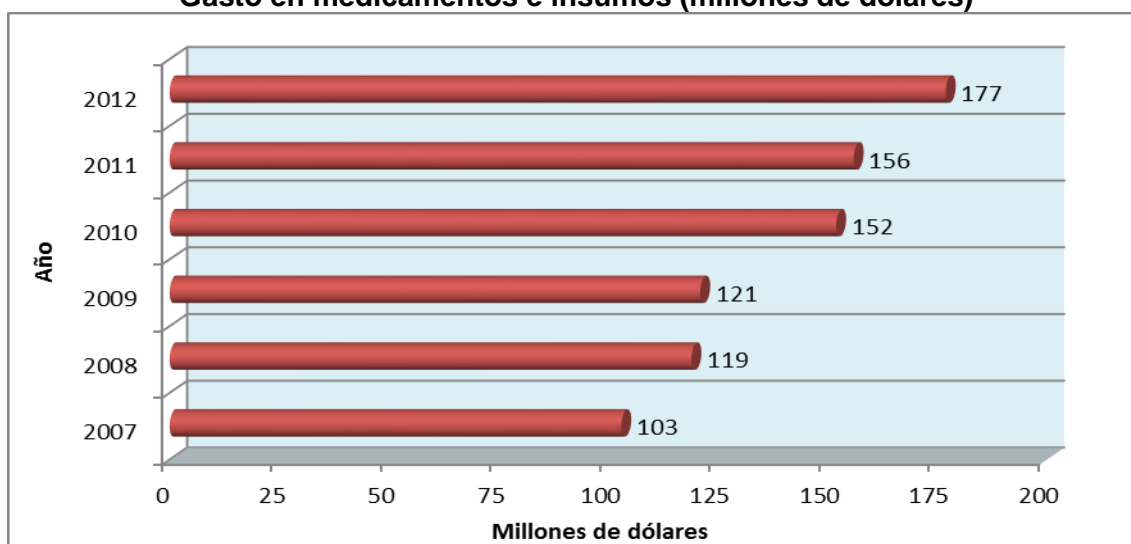
AÑO	N° Egresos hospitalarios	Camas por 1000 habitantes	Recursos humanos
2002	501374	1,1	49545
2003	523665	1	50739
2004	553891	1,1	49939
2005	570694	1,1	49161
2006	611483	1,1	54289
2007	653872	1	64360
2008	697668	1,2	58775
2009	740196	1	63802
2010	785337	1,1	67566
2011	809436	1,2	68741

Elaboración: Jessica Andrade P.

Fuente: INEC, Estadísticas Hospitalarias Camas y Egresos citado en MSP; INEC OPS (2011) *Indicadores Básicos de Salud Ecuador*.

Otra de las políticas con mayor incidencia ha sido la entrega gratuita de medicamentos a las y los usuarios de los centros de salud pública, con el fin de disminuir el gasto privado que representaba el rubro de medicamento en las familias ecuatorianas, así, el presupuesto asignado al acceso gratuito de medicamentos e insumos han aumentado en un 71% a partir de año 2007 cubriendo progresivamente la dotación en la atención ambulatoria en cada uno de los programas de salud impulsados por le MSP, con el propósito de garantizar el bienestar de toda la población, especialmente en el control de la tuberculosis y el VIH-SIDA en los cuales se ha entregado millones de unidades de medicamentos gratuitos a aquellas personas con dificultades para acceder a este tipo de servicios necesarios para preservar su Buen Vivir. El gráfico No. 16 muestra la evolución del gasto en medicamentos e insumos por parte del sector público.

Gráfico No. 16
Gasto en medicamentos e insumos (millones de dólares)



Fuente y Elaboración: MSP, 2012, citado en Yáñez, Andrea (2013) *La salud desde la mirada de los derechos humanos*.

Es importante aclarar que si bien la política de gratuidad en el sector ha tenido resultados positivos, a partir del año 2010 se han producido ciertos problemas de gestión por parte de los centros de salud, pues la mayor queja de las y los usuarios es la dificultad en la

obtención de turnos y la falta de medicinas gratuitas, sumado a esto la falta de equipos médicos necesarios para elevar la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios y poder cubrir con la demanda actual existente. (El Hoy, 17 de Octubre de 2009)

La demanda de los servicios de salud pública se ha incrementado mucho más que la capacidad de atención de los centros de salud, pues en la actualidad existen ciudadanos y ciudadanas que acuden a partir de las 03H00 para obtener un turno y ser atendidos en el transcurso del día, después de realizar largas filas en las afueras de los hospitales, esto ocurre especialmente en el Hospital Público Eugenio Espejo, El Hospital de Niños Baca Ortiz, la Maternidad Isidro Ayora y entre otros establecimiento de salud con atención especializada donde acuden miles de personas al día muchos de ellos sin ser atendidos. Para solventar estos inconvenientes en muchos centros de salud se ha implementado las llamadas telefónicas para acceder a un turno, las cuales en muchas ocasiones colapsan por la cantidad de llamadas registradas al día sin tener un resultado positivo para muchos pacientes. Además de estos inconvenientes en los servicios públicos, se suma la mala atención por parte de los funcionarios públicos, pues existen centros de salud donde las enfermeras o médicos esperan un determinado tiempo para atender al siguiente usuario a pesar de no tener un paciente en consulta, alargando el tiempo de espera para ser atendido. (El Diario, 15 de Junio de 2010)

Sin duda, en los últimos años los servicios de salud han mejorado tanto en la cobertura como en la calidad, gracias al crecimiento de la inversión pública en este sector y a la mayor participación del gobierno en las decisiones sanitarias, mediante: el incremento de unidades de salud en diferentes cantones del país, una mayor dotación de equipos tecnológicos, insumos y recursos humanos necesarios para tratar de cubrir la demanda existe y un crecimiento en los programas sociales destinados especialmente a grupos poblacionales considerados vulnerables y de atención prioritaria. Sin embargo, siguen persistiendo molestias en la calidad de los servicios de salud pública evidenciados en las entrevistas realizadas por los medios de comunicación ecuatorianos a los usuarios de los servicios públicos de salud, pues las y los usuarios consideran que la atención recibida no es la óptima ya que no cubre las necesidades de la población y por ende siguen persistiendo problemas tales como: sistemas ineficientes de asignación de turnos, falta de medicamentos e insumos farmacéuticos necesarios en cada una de las consultas médicas, congestión en el acceso a varios servicios de salud, falta de médicos especialistas, entre otros problemas que dejan en evidencia las debilidades del sistema nacional de salud.

Por estas razones, es importante verificar continuamente el impacto del gasto en el sector de la salud, con el propósito de contribuir constantemente con políticas que mejoren la cobertura y la calidad de los servicios públicos ofrecidos a nivel nacional, con especial importancia en aquellas instituciones que por ser de menor escala no poseen mecanismos de control de la administración y gestión de los recursos públicos; además, resulta indispensable el trabajo conjunto entre el Gobierno Nacional y los GAD, ya que el sector de la salud cubre las necesidades de cada uno de los individuos, por ende es también responsabilidad de las autoridades cantonales asegurar e incrementar el bienestar de su población.

El Sector Salud en el cantón Otavalo

3.1 Diagnóstico del cantón Otavalo

El cantón Otavalo denominado también Valle del Amanecer se encuentra ubicado en la provincia de Imbabura al norte del país; está limitado por los cantones de Ibarra, Antonio Ante y Cotacachi, por el norte, con el Cantón Quito al sur; con los cantones Ibarra y Cayambe al este y limita con los cantones Cotacachi y Quito por el lado Oeste. (Gobierno Autónomo Descentralizado del cantón Otavalo)

La estructura territorial urbana está compuesta por: la parroquia San Luis y El Jordán; las cuales forman la ciudad de Otavalo; mientras que la estructura rural se compone de las siguientes parroquias: Miguel Egas Cabezas, González Suarez, Eugenio Espejo, San José de Quichinche, San Pedro de Pataquí, San Juan de Ilumán, San Rafael de la Laguna, San Pablo del Lago, y Selva Alegre.

A partir del año 2003 el cantón Otavalo fue declarado por el Congreso de la República como “Capital Cultural del Ecuador” debido a su riqueza y fortalecimiento cultural, encanto paisajístico y sobre todo por el desarrollo comercial de los habitantes del cantón, que ha sido un referente internacional para la vida de los pueblos y nacionalidades del Ecuador, además una muestra de interculturalidad se encuentra en el primer alcalde indígena electo desde el año 2000 hasta el 2014, el Sociólogo Mario Conejo Maldonado que representa al hombre indígena, a la cultura y las tradiciones de la población otavaleña.

La población indígena posee características propias que los diferencia de los demás pueblos y etnias del Ecuador, centradas en las tradiciones y modo de vida cultural, lo que ha contribuido a la autovaloración de sus saberes, permitiendo destacar a la población otavaleña dentro y fuera del país.

Su vestimenta es uno de los aspectos que deja como evidencia su cultura; los hombres usan camisa y pantalón blanco que reflejan la limpieza espiritual del hombre, poncho azul, sombrero y alpargates que demuestran el maíz y la riqueza de la tierra, por otro lado, las mujeres visten blusa blanca bordadas manualmente con hilos de diferentes colores que representan las flores y las plantas de la madre naturaleza, anaco de color azul y negro que simbolizan a la tierra y la naturaleza, una gruesa faja en la cintura, una fachalina sobre la blusa, una Huma Watarina que es una prenda que lo usan generalmente las mujeres casadas y unas exóticas joyas denominadas gualcas y manillas, mismas que exaltan la riqueza cultural que aún conservan los pueblos ecuatorianos, cabe mencionar que dentro de su vestimenta se encuentra la fajilla que sirve para sujetar el cabello de las mujeres; y una de las características esenciales es la trenza larga que llevan los hombres otavaleños como identificación de su cultura.

Por otro lado, la economía de la población Otavaleña se divide en dos grandes pilares: el primero es la gran producción textil y la comercialización de estos dentro y fuera del cantón y del país; gracias a la inyección de divisas, los ingresos de los artesanos se han elevado significativamente en los últimos años, dando lugar al mercado artesanal indígena más grande de Sudamérica, ya que sus productos se pueden encontrar en cualquier parte del mundo debido a la gran cantidad de exportaciones de productos otavaleños y a la salida de

la población a países como Estados Unidos, España, Italia, Venezuela, Inglaterra, Argentina entre otros, exponiendo siempre sus artesanías, música y cultura.

A pesar de estos avances, en los últimos años se ha evidenciado un decaimiento en el sector artesanal del cantón, debido a la falta de innovación de los productos, la escases de incentivos de las autoridades para impulsar el mercado textil, y por la incorporación de artesanías peruanas y colombianas en el mercado artesanal de Otavalo, sin embargo, sigue siendo uno de los medios de producción artesanal más importantes del país.

El segundo pilar fundamental es el gran atractivo turístico que posee el cantón Otavalo, debido a su ubicación estratégica geográficamente cuenta con una gran variedad de ecosistemas rodeados de montañas, lagunas, cascadas y ríos propios de la naturaleza, además, cuenta con una oferta amplia de alojamiento, comida internacional y tradicional autóctono de sus restaurantes y actividades culturales permanentes tales como: la fiesta del Yamor en el mes de Septiembre, destacando la bebida tradicional sagrada como es la Chicha elaborada con 7 clases de maíz producidos dentro del territorio otavaleño y como muestra del fortalecimiento de la unión de la población indígena con la mestiza; el Pawcar Raymi que representa la cosmovisión andina al entregar a la madre naturaleza el nuevo florecimiento del maíz, y el Inti Raymi en el mes de junio que inicia con el solsticio de verano y representa el agradecimiento a la madre tierra por la producción y cosecha del maíz, entre otras festividades tradicionales de la población que demuestran la permanencia de la cultura en la vida diaria de los habitantes del cantón Otavalo e incentiva la llegada de turistas tantos nacionales como extranjeros. (GAD Otavalo, 2012)

Gráfico No. 17
Sectores Turísticos del cantón Otavalo



Elaboración: Jessica Andrade P.

Entre los lugares turísticos del cantón tenemos; véase gráfico No.17; el parque del Cóndor en la loma de Pucará, la Cascada de Peguche rodeada por un inmenso bosque, El Lechero un árbol sagrado para la cosmovisión indígena, el Lago San Pablo ubicado al pie del volcán Imbabura; pero uno de los puntos más visitados del cantón es la Plaza de Ponchos, que es

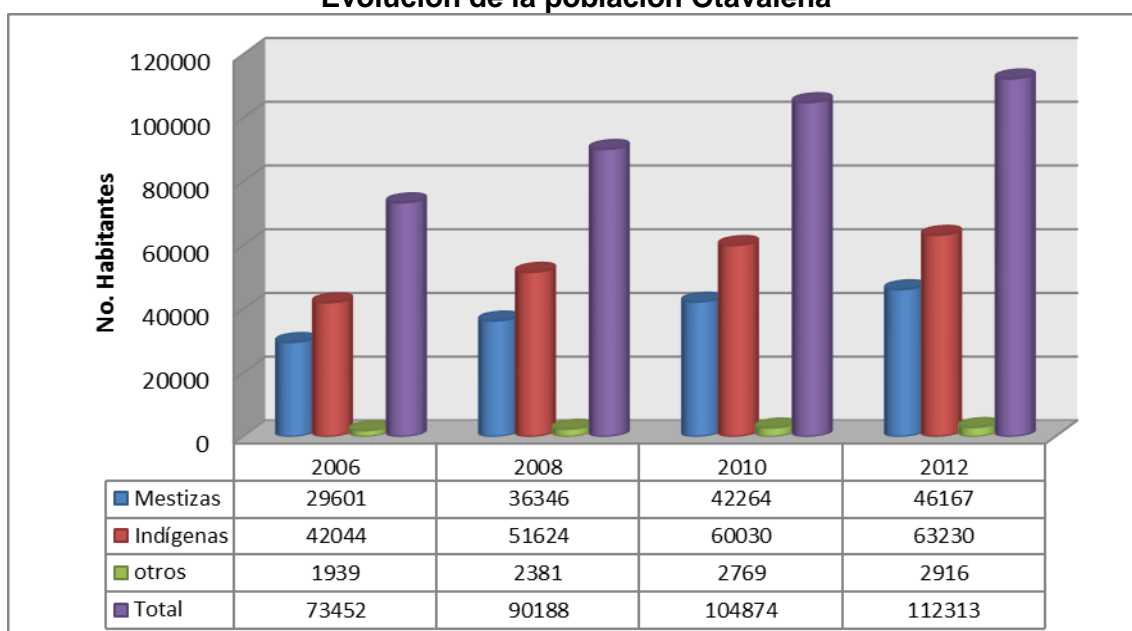
el lugar donde se comercializan las artesanías otavaleñas, mismo que aporta grandes flujos de dinero y plazas de trabajo a las familias del cantón, activando de esta manera la economía de la población.

Una de las fortalezas en la producción de artesanías y textiles en el cantón es que en las comunidades otavaleñas aún conservan la segmentación de mercado por especializaciones, es así que: en la parroquia de Carabuela se tejen ponchos, en San miguel los lienzos de algodón y fachalinas, en Peguche se elaboran los chales y los telares multicolores, en Quinchuqui se especializan en la fabricación de cobijas, en Agato y Espejo se trabaja con el junco para la elaboración de canastas y sombreros y en san Pablo se extrae la totora para la elaboración de esteras. Según Meier (1996:12): “la producción de mercaderías requiere de un cierto grado de especialización entre sus producto”, es así, que la población otavaleña a segmentado su mercado especializando cada producto en una comunidad distinta aportando al desarrollo de la matriz productivo del cantón.

Todo lo dicho anteriormente, se traduce en demostraciones interculturales de la población otavaleña, dejando como resultado que el cantón sea uno de los puntos turísticos más visitados del Ecuador, incluso comparable con Quito y las Islas Galápagos, debido a la gran cantidad de turistas que recibe cada año, de acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Turismo del Ecuador alrededor de 250.000 mil turistas visitan el cantón al año, de este grupo el 33% son turistas nacionales y el 67% son turistas extranjeros. (MITUR, 2012:63)

En lo referente a la población, según datos del último censo de población y vivienda 2010 realizado por el INEC, Otavalo tienen 104.874 habitantes de los cuales 54.428 (51,8%) son mujeres y 50.446 (48,2%) son hombres y en la definición del espacio 44536 (40,3%) habitantes pertenecen a la zona urbana y 65925 (59,7%) a la zona rural donde la mayor parte de la población rural se autoidentifica como indígena (78%).

Gráfico No. 18
Evolución de la población Otavaleña



Fuente: INEC (2011c); GAD Municipal del cantón de Otavalo (2012)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Otavaló se caracteriza por ser un cantón pluricultural, donde habitan dos culturas predominantes del Ecuador; la composición de la población se autoidentifica de la siguiente manera: el 57.25% de la población es indígena, el 40.30% se autoidentifica como mestiza y el 2,4% corresponde a afroecuatorinos y montubios; la lengua nativa de los habitantes del cantón es el Kichwa y el Castellano, mismas que demuestran la interacción de estas dos culturas en el ámbito social y económico. El gráfico No. 18: muestra la evolución de la población del cantón Otavaló desde el año 2006 al año 2012, en la que se puede observar un crecimiento de la población anual del 7%, y un incremento en la población del 53% en el periodo de estudio.

En el cantón Otavaló; véase cuadro No.10; predomina la población de un rango de edad de 5 a 24 años, siendo esta el 43,1% de la población total, misma que demuestra la importancia de la intervención del Estado en brindar un mayor acceso a servicios básicos como educación y salud, con el fin de asegurar el mayor desarrollo humano, social y económico de este grupo a lo largo de la vida de cada habitante; el siguiente grupo poblacional está compuesto por el 32% de habitantes que se encuentran en un rango de edad de 25 a 54 años, al cual el Estado debe asegurar el acceso a un empleo digno y aún sistema de salud que asegure el desenvolvimiento óptimo en el ámbito laboral; por otro lado, la población restante se encuentra en un rango de edad de 0 a 4 años y en un rango de 55 años a más, población a la cual los servicios de salud de calidad son indispensables tanto para el desarrollo humano (niño/as de 0 a 4 años) como para la prevención de enfermedades en la vida del adulto mayor.

Cuadro No. 10
Grupos Poblacionales por edad del cantón Otavaló 2010

Rango de edad	Hombre	Mujer	Total	% Población
Menor de 1 año	904	896	1800	1,7%
De 1 a 4 años	4728	4510	9238	8,8%
De 5 a 14 años	12628	12450	25078	23,9%
De 15 a 24 años	9951	10204	20155	19,2%
De 25 a 34 años	6777	7723	14500	13,8%
De 35 a 44 años	5168	6112	11280	10,8%
De 45 a 54 años	3960	4679	8639	8,2%
De 55 a 64 años	2927	3426	6353	6,1%
De 65 a 74 años	2103	2597	4700	4,5%
De 75 años a mas	1300	1831	3131	3,0%
Total	50446	54428	104874	100%

Fuente: INEC, Censo de Población y Vivienda 2010, REDATAM
Elaboración: Jessica Andrade P.

3.2 La Salud en el cantón Otavalo

La Salud en el cantón Otavalo se ha visto afectada por diferentes factores que impiden el desarrollo de sus habitantes, tales como: presencia de malos hábitos en la vida diaria; interferencias lingüísticas, debido a las culturas predominantes que habitan en el cantón (indígena y mestiza); desconocimiento de las leyes y derechos humanos; por la desigualdad y el bajo nivel económico existente; por la discriminación racial y de género, especialmente en mujeres indígenas que experimentan violencia social e intrafamiliar; por el deterioro del medio ambiente como consecuencia de la deforestación y contaminación del agua y suelo; y la falta de organización de las condiciones internas administrativas del sistema nacional de salud, mismo que en años anteriores centraba su atención hacia la medicina convencional, sin reconocer y valorar a la medicina tradicional y a los conocimientos ancestrales practicados por la población indígena y parte de la población mestiza otavaleña, aumentando de esta manera las barreras de acceso a los servicios de salud pública. (MSP; UNFPA, 2010)

El cuadro No. 11 indica el porcentaje de la población pobre y no pobre de cada una de las zonas del cantón, considerando que tan solo Otavalo representa la zona geográfica urbana. De acuerdo al último Censo de Población y Vivienda en el Ecuador (2010) la mayor parte de la población pobre del cantón Otavalo se encuentra en las zonas rurales donde habita aproximadamente el 70% de la población indígena; consecuentemente, la mayor incidencia de pobreza y el menor desarrollo social se encuentran en las personas indígenas que habitan en los sectores rurales del cantón.

Cuadro No. 11
Pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas por parroquia del cantón Otavalo

	Población No Pobre	Población Pobre	Total	Población No Pobre (%)	Población Pobre (%)
Otavalo	25.621	26.873	52.494	48,8%	51,2%
Dr. Miguel Egas Cabezas	895	3.975	4.870	18,4%	81,6%
Eugenio Espejo (Calpaquí)	909	6.437	7.346	12,4%	87,6%
González Suarez	926	4.695	5.621	16,5%	83,5%
Pataquí	9	260	269	3,3%	96,7%
San José De Quichinche	652	7.809	8.461	7,7%	92,3%
San Juan De Ilumán	1.420	7.125	8.545	16,6%	83,4%
San Pablo	2.764	7.095	9.859	28,0%	72,0%
San Rafael	728	4.685	5.413	13,4%	86,6%
Selva Alegre	121	1.470	1.591	7,6%	92,4%

Fuente: Fuente: INEC (s.f.): Censo de Población y Vivienda 2010, Ecuador en Cifras.

Elaboración: Jessica Andrade P.

En el cantón Otavalo, las condiciones de salud no son las más favorables debido a las grandes desigualdades existentes entre la población urbana y rural del cantón, es así, que la gran incidencia de pobreza se concentra en el sector rural en un 87,7% en comparación al 51% de pobreza existente en el sector urbano, evidenciando de esta manera los problemas económicos y sociales que afectan a este grupo de la población, especialmente en las siguientes parroquias rurales: San José de Quichinche (92%), Eugenio Espejo (87%), San

Rafael (86%), San Juan de Ilumán (83%) y Dr. Miguel Egas (81%), habitantes que mantienen un índice de necesidades insatisfechas muy elevado.

Según la actualización del Plan de Vida de Otavalo presentado en el 2010 por el alcalde del cantón Mario Conejo Maldonado a la ciudadanía, las condiciones de salud presentan ciertos problemas tanto en infraestructura como en la dotación de servicios ofrecidos por los centros públicos de salud, afectando de esta manera el crecimiento económico y el desarrollo de la población: uno de los indicadores más alarmantes descritos en este plan es que 66 por cada mil niños nacidos vivos fallecen antes de cumplir un año de vida y el 67,3% de niños menores presentan retardo en su talla y peso, especialmente en las zonas rurales, ya que el 61,1% de los infantes que habitan en los sectores rurales presentan problemas de salud dentro de su primer año de vida.

En varios estudios realizados en el cantón Otavalo, se ha determinado que uno de los problemas de salud más importantes son las altas tasas de muerte materna y neonatal que experimentan especialmente las mujeres indígenas, como consecuencia de las grandes brechas culturales existentes entre la percepción de la mujer indígena en el proceso de embarazo, parto, post parto y la atención del recién nacido con los procesos convencionales en los establecimientos de salud pública del cantón, lo que ha dejado como resultado que más del 50% de las mujeres indígenas aun prefieran mantener la labor de parto en su domicilio, de los cuales el 62% fueron atendidos por parteras (MSP, 2010, citado en OPS, 2011:41). Estas prácticas se traducen en grandes riesgos de muerte materna y neonatal debido a la falta de instrumentos aptos para los procesos de parto que experimentan las mujeres que deciden dar a luz en sus hogares; disminuyendo las probabilidades de optar servicios de calidad que podrían recibir en los centros de salud pública.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) ha realizado varios esfuerzos en la prevención de la mortalidad materna y neonatal en el cantón, implementando en los sistemas de salud un enfoque de atención intercultural hacia las y los usuarios; como resultado de estas políticas, en el año 2010 se registraron tan solo 14 neonatos fallecidos de 1864 nacidos vivos, por enfermedades como la prematuridad y las relacionadas a las infecciones respiratorias; notándose una disminución considerable, ya que según las estadísticas proporcionadas por Hospital "San Luis de Otavalo" - HSLO, en el año 2000 de 1000 niños nacidos vivos se reportó 66 fallecidos. Otro de los principales problemas de salud que afronta el cantón de Otavalo son aquellas enfermedades que afectan el desarrollo de los niño/as menores de 5 años, debido a varios factores socio-económicos que desencadenan las principales causas de morbilidad infantil; entre ellas tenemos: las infecciones respiratorias agudas causan el 25% de las enfermedades en las zonas rurales y urbanas del cantón, debido a las altas tasas de contaminación ambiental; seguida de la infección de vías urinarias como consecuencia de la falta de cultura higiénica, especialmente en las mujeres indígenas que habitan en las zonas rurales. (HSLO, 2013)

Ante estos antecedentes, el Ministerio de Salud Pública ha visto la necesidad de incrementar la dotación de medicinas, infraestructura y equipos en las casas de salud del cantón Otavalo, como muestra de esto el Subcentro ubicado en la parroquia de San Pablo del Lago pasó de atender de 8 horas al día a 24 horas, ampliando de esta manera la cobertura de la atención médica con mayor infraestructura y personal médico. El cuadro No. 12: indica las principales causas de la Morbilidad Infantil para año 2010 y 2011.

Cuadro No. 12
Principales causas de la morbilidad infantil del cantón Otavalo

N°	AÑO 2009		AÑO 2010		AÑO 2011	
	Casos	N° Pacientes	Casos	N° Pacientes	Casos	N° Pacientes
1	I.V. Respiratorias	2666	I.V. Respiratorias	3050	I.V. Respiratorias	2350
2	I.V. Urinarias	708	I.V. Urinarias	820	I.V. Urinarias	843
3	Cérvico Vaginitis	493	Cérvico Vaginitis	566	Cérvico Vaginitis	578
4	EDAS(Enfermedades Diarreicas Agudas)	438	EDAS.	475	Parasitosis	450
5	Parasitosis	379	Parasitosis	435	EDAS.	321
6	Enfermedades Piel	262	Enfermedades Piel	299	Enfermedades Piel	283
7	Gastritis	250	Desnutrición	281	Desnutrición	255
8	Desnutrición	245	Traumatismos	200	Traumatismos	215
9	Lumbociatalgia	182	Lumbociatalgia	172	Lumbociatalgia	207
10	Traumatismos	175	Gastritis	171	Colecistitis Colelitiasi	192
	Otras	6130	Otras	5633	Otras	5869
	Total	11928	Total	12102	Total	11563

Fuente: HSLO – Departamento de Estadísticas (2013a)

Elaboración: Jessica Andrade P.

3.3 Oferta de Salud en el cantón Otavalo

El sistema de salud pública del cantón Otavalo está conformado por el Área de salud N° 4 correspondiente a la Zona N° 1 del MSP del Ecuador, entre su oferta de servicios cuenta con los siguientes establecimientos: un hospital básico de segundo nivel, 3subcentros de salud urbano, 10 subcentros de salud rural y 2 puestos de salud que forman parte las unidades operativas del primer nivel de atención; véase cuadro No. 13.

Cuadro No. 13
Distribución de centros de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo

UNIDAD OPERATIVA	TIPO DE ESTABLECIMIENTO	NIVEL DE ATENCIÓN
SAN LUIS DE OTAVALO	Hospital Básico	Segundo Nivel
PUNYARO, AGATO, LA COMPAÑIA	Subcentro de salud urbano	Primer Nivel
EUGENIO ESPEJO GONZALEZSUARES, QUICHINCHE ILUMAN SAN PALO SAN RAFAEL SELVA ALEGRE, AZAMA PATAQUI GUALSAQUI	Subcentro de salud rural	Primer Nivel
PEGUCHE, JAMBI HUASI	Puesto de Salud	Primer Nivel
TOTAL ÁREAS	16 establecimiento de salud pública	

Fuente: Coordinación Zonal de Salud No.1 (2010) Sistema Organizado de Salud en el Ecuador

Elaboración: Jessica Andrade P.

El cantón Otavalo cuenta con el Hospital “San Luis de Otavalo”- HSLO que fue creado en el año de 1953 y categorizado por el MSP como hospital básico del cantón, que tiene la responsabilidad de administrar los fondos públicos del sector de salud destinados al cantón Otavalo, actuando de esta manera como coordinador central de los subscentros y puestos de salud del cantón.

De acuerdo al estatuto del Área de salud N° 4 del cantón Otavalo su misión es proporcionar servicios de salud oportunos e integrados con calidad, calidez, eficacia y equidad a la comunidad, particularmente a los grupos de mayor riesgo biológico y social respetando su cosmovisión y basándose en una gestión transparente descentralizada y participativa.

Según el orgánico funcional esta área de salud brinda atención integral, preventiva y curativas en los diferentes servicios de salud que ofrece, tales como: emergencia, consulta externa e interna con los servicios de: cirugía general (traumatología), gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna, estomatología, medicina general y los auxiliares de diagnóstico como son: rayos X, ecografía, laboratorio, rehabilitación, sala de quirófano, sala de recuperación, y sala de esterilización. Además, en los últimos años se ha implementado el trabajo social, farmacia las 24 horas del día, sala de vacunación, salas de labor y salas de parto horizontal y parto culturalmente adecuado.

Según estadísticas históricas de producción de salud del HSLO, la salud pública en el cantón está dirigida especialmente a personas de medianos y bajos recursos, cabe mencionar que el HSLO está encaminado a atender a una población mayor de 120 mil habitantes, pues en los últimos años su cobertura se ha ampliado hasta el punto en el que recibe usuarios además de los habitantes del cantón a personas que proceden de los cantones: Ibarra, Antonio Ante, Cotacachi, Esmeraldas, Cayambe, Carchi e incluso del Oriente ecuatoriano, los mismos que demandan servicios de consulta externa, emergencia y hospitalización, dejando como resultado una infraestructura inadecuada para brindar servicios de salud con la mejor calidad posible; los altos índices de ocupación (92% promedio entre el 2010 al 2012) y las altas tasas de cobertura ha hecho que el Hospital entre en una etapa crítica, superando el porcentaje ocupacional permitido del 15% de infraestructura y equipos disponibles impuesta por el MSP para casos de emergencias o desastres naturales que la institución debe asegurar a la ciudadanía. (HSLO, 2013a)

Adicionalmente, cabe señalar que en el cantón hay un solo hospital de segundo nivel para toda la demanda existente, el cual no resuelve problemas de salud con altos grados de complejidad debido a la falta de servicios especializados y de un hospital de tercer nivel que cubra el 100% de las patologías presentadas en el cantón y a la vez evite el traslado de pacientes a otros hospitales dentro o fuera de la provincia.

Después de la información obtenida en el HSLO acerca de los servicios de salud ofrecidos en este establecimiento y considerando los procesos administrativos de las autoridades sanitarias en este sector se pudo determinar un análisis FODA (Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas) del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, mismo que se detalla en el gráfico No. 19.

Gráfico No. 19
FODA del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade P.

El análisis FODA del Área de salud No. 4 del cantón Otavalo nos indica que una de las mayores debilidades presentadas es la falta de infraestructura y espacios físicos adecuados para cubrir la cantidad de personas que anualmente recibe este establecimiento de salud y que cada año presenta un aumento significativo; además, se suma la escases de personal médico para cubrir toda la demanda existente provocando ciertas molestias en las y los usuarios, todo esto a causa de la falta de recursos económicos destinados al sector salud del cantón, debido a la falta de control de las autoridades en el cumplimiento de las

necesidades de la población y los requerimientos de los centros de salud, cabe mencionar que la mayor parte de la población otavaleña aún mantiene ciertas tradiciones en su diario vivir, que a pesar de la implementación de la salud con enfoque intercultural en el cantón, aún prevalecen debilidades en la incorporación de este tipo de servicios en el sistema de salud pública.

A pesar de estos inconvenientes, el hospital a ha ido generando varias fortalezas que han hecho que los servicios entregados mejoren continuamente, evidenciado en el crecimiento de la producción de servicios de salud a causa de la implementación de procesos con enfoques interculturales y a la interrelación del hospital con otras instituciones de salud que aportan significativamente a la calidad del nivel de atención; factores que han hecho que la cobertura de salud en el cantón se incremente.

3.4 Estadísticas Hospitalarias del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo

El Hospital “San Luis de Otavalo” realiza actividades diversas que dejan como resultado estadísticas que ofrecen una información resumida de las actividades de salud ejecutadas a lo largo de un periodo; a continuación se detallan algunos de los principales indicadores de esta área de salud.

3.4.1 Dotación normal de camas

En el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, el servicio de hospitalización se encuentra distribuido de la siguiente manera: Servicio de Cirugía (Traumatología), Servicio de Pediatría, Servicio de Gineco-Obstetricia y Servicio de Medicina Interna los mismos que desde el año 2000 cuentan con una dotación normal de 75 camas distribuidas en los diferentes servicios, tal como lo indica el cuadro No.14.

El cuadro No.14
Dotación Normal de Camas del HSLO

Área	No. Camas
Medicina General	21camas
Cirugía	14 camas
Pediatría	23 camas
Gineco-Obstetricia	17 camas
TOTAL	75CAMAS

Fuente: HSLO – Departamento de Estadísticas (2013a)
Elaboración: Jessica Andrade P.

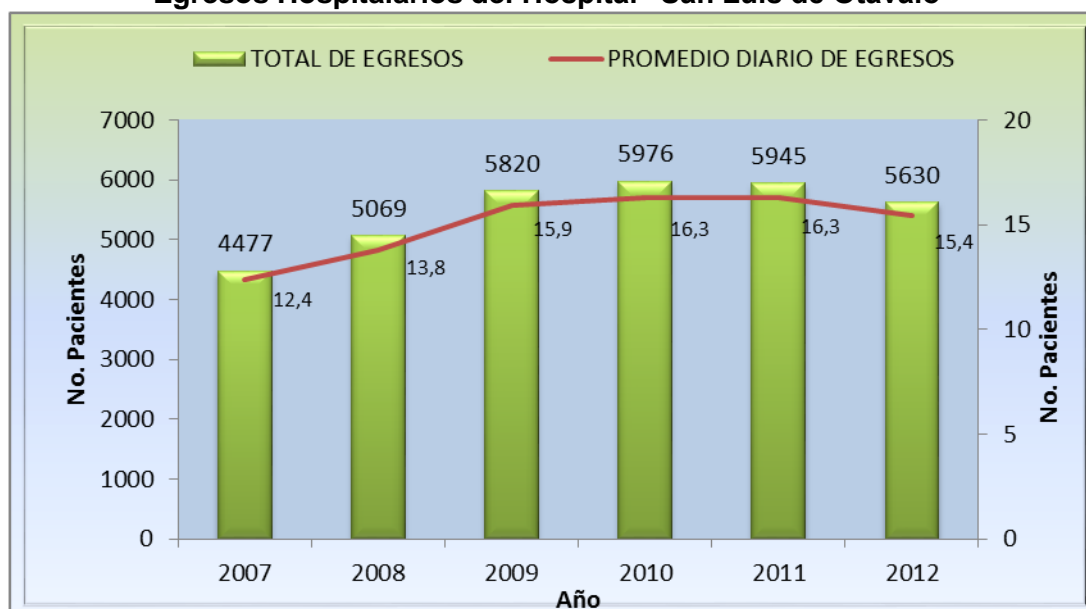
3.4.2 Egresos Hospitalarios

Los Egresos Hospitalarios se definen como la salida de un paciente de los servicios ofrecidos en un establecimiento de salud, en un periodo determinado de tiempo; dentro de este cálculo se consideran los pacientes vivos que finalizan el periodo de internación por cura, alta médica, traslado a otro establecimiento o retiro voluntario sin tomar en cuenta los traslados del paciente de un servicio a otro dentro del mismo hospital; también, dentro de

esta cálculo se considera la finalización del periodo de internación por fallecimiento del paciente sin considerar el egreso del paciente fallecido cuando la defunción ocurre en el trayecto al establecimiento o en consulta externa.

Como lo indica el gráfico No. 20, los egresos hospitalarios del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo muestra una tendencia de crecimiento del 26% al comparar el año 2007 y el 2012, este aumento se debe a que, a partir del año 2009 se designó un presupuesto para el programa de prótesis de cadera y rodilla destinadas especialmente a personas de las zonas rurales que se dedican al sector agrícola; y programas especiales de atención al adulto mayor destinados a las personas con escasos recursos, aumentando de esta manera la demanda de los servicios de cirugía y traumatología; además, en este periodo la política de gratuidad de los servicios impuesta por el Gobierno Central han hecho que la demanda de este tipo de servicios aumente el número de pacientes hospitalizados, especialmente en el área de Gineco-Obstetricia debido al incremento del personal y al aumento de campañas preventivas de enfermedades relacionadas con el sistema reproductor femenino.

Gráfico No. 20
Egresos Hospitalarios del Hospital “San Luis de Otavalo”



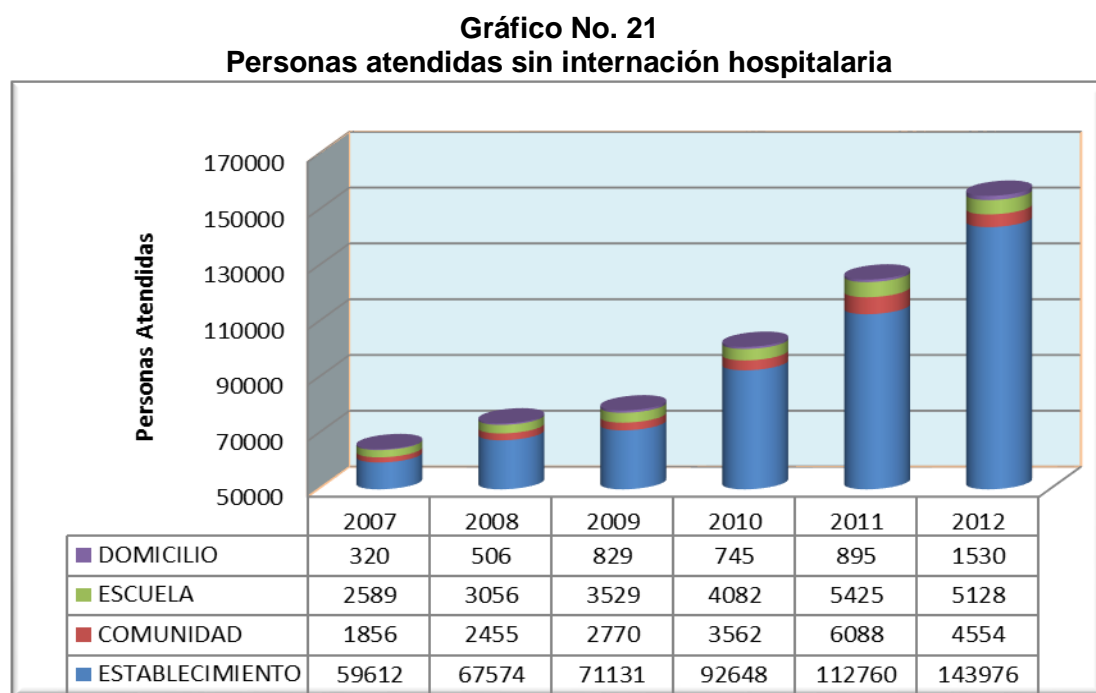
Fuente: HSLO – Departamento de Estadísticas (2013a)
Elaboración: Jessica Andrade P.

3.4.3 Personas Atendidas sin Internación Hospitalaria

El HSLO tiene el objetivo de brindar servicios de salud a toda la población que demande ser atendida; con el fin de mejorar la calidad de vida especialmente de las y los otavaleños, este establecimiento de salud brinda una atención integral, preventiva, curativa e intercultural según las necesidades de la población. Para cubrir la demanda de salud existente, además de la internación hospitalaria se ha implementado el servicios de consulta externa, que se traduce en la atención regular de los servicios dirigido a pacientes que no son hospitalizados y que presentan necesidades específicas de salud; con el fin de mejorar la atención de los servicios y aumentar de esta manera la oferta de salud y el número de personas a ser atendidas; el área de consulta externa ofrece servicios como: Medicina General,

Traumatología, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Medicina Interna y Odontología, esta área cuenta también con servicios de apoyo como Rayo X, Ecografía, Laboratorio Clínico y Sala de Vacunación.

El gráfico No. 21 indica la evolución de la personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, resultados que evidencia un crecimiento en la cobertura de los servicios de salud pública, pues desde el año 2007 al 2012 la demanda pasó de 59612 a 143976 pacientes atendidos, es decir, en tan solo 6 años la capacidad de atención ha aumentado en 2,4 veces, debido a la ampliación de la oferta de servicios dirigidos a la población otavaleña y al incremento del personal en los establecimiento de salud.



Fuente: Departamento de Estadísticas HSLO (2013a).

Elaboración: Jessica Andrade P.

Por otro lado, una de las políticas más fuertes del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, es mantener campañas preventivas ejecutadas en los establecimientos educativos del cantón, focalizando su atención en enfermedades epidemiológica y de odontología; es así, que desde el año 2007 al 2012 se han atendido alrededor de 23809 niños y niñas de 5 a 12 años, cumpliendo de esta manera con la meta de incrementar la cobertura de los servicios de salud dirigidos a este grupo de la población.

Adicionalmente a los servicios antes mencionados, el hospital cuenta con una unidad médica ambulatoria que tiene el objetivo de trasladarse a las comunidades y domicilios alejados de los centros de salud, población que sufre barreras geográficas que dificultan el acceso de estos grupos a los servicios de salud; entre los programas ofrecidos se encuentra: control prenatal a mujeres embarazadas, campañas de vacunación a niños y adultos mayores, consultas de odontología y oftalmología, entre otras que mejoren la calidad de vida de la población y aumente la productividad de estas zonas. Gracias a estos programas en los últimos 6 años; véase gráfico No. 21; se han atendido a 21285 personas pertenecientes a comunidades del cantón y 4825 pacientes atendidos directamente en sus domicilios, ampliando la cobertura de salud en 4,8 veces desde el 2007 al 2012, resultado

que deja en evidencia la efectividad de las políticas tomadas por las autoridades de los centros de salud del cantón Otavalo. De esta manera el número de personas atendidas fuera de los establecimientos de salud han manteniendo un crecimiento anual del 15,33%, pues en el año 2012 se atendieron a 6447 personas más que las atendidas en el 2007. (HSLO, 2012)

3.4.4 Porcentaje ocupacional del Hospital San Luis de Otavalo

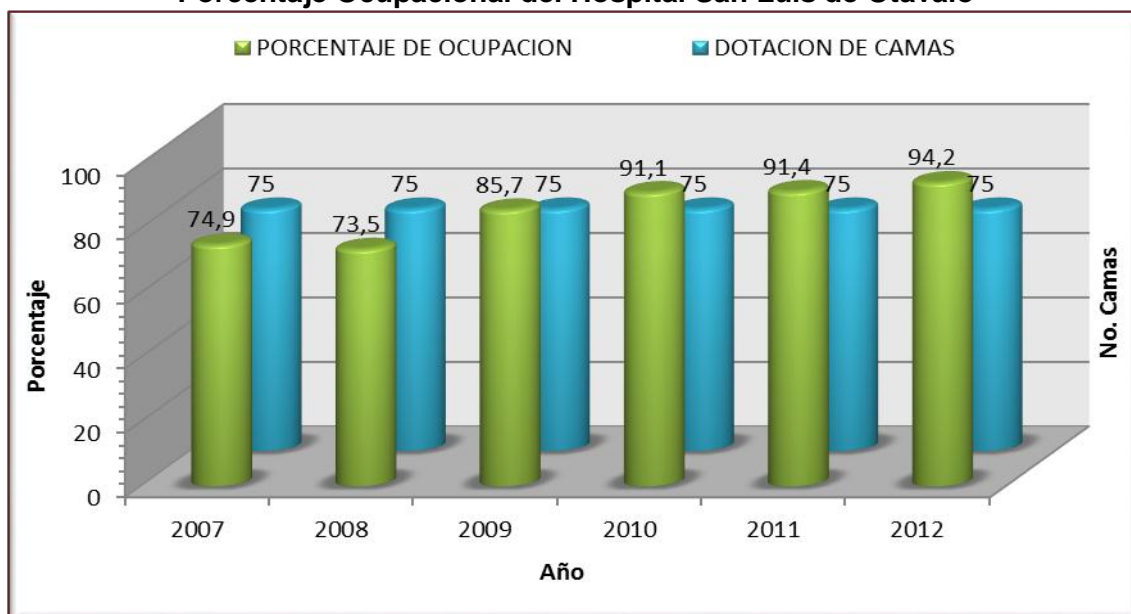
El porcentaje ocupacional de un Hospital establece la relación entre los pacientes ingresados y la capacidad real de camas disponibles; además, permite conocer la utilización de la dotación normal de camas. (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010:121)

Para conocer este indicador se tomó la siguiente fórmula:

$$\text{Porcentaje Ocupacional} = \frac{\text{Total pacientes al día}}{\text{Total camas disponibles al día}} \times 100$$

El porcentaje de ocupación del HSLO presenta un crecimiento anual del 4% a partir del año 2007 al 2012; cumpliendo de esta manera con los objetivos del MSP de incrementar la cobertura nacional mediante políticas de gratuidad en los servicios de salud, dejando como resultado una mayor demanda de suministros, medicamentos, y recursos humanos necesarios para atender el crecimiento de la demanda actual; véase gráfico No. 22.

Gráfico No. 22
Porcentaje Ocupacional del Hospital San Luis de Otavalo



Fuente: Departamento de Estadísticas HSLO (2013a).
Elaboración: Jessica Andrade P.

Sin embargo, este indicador no siempre deja resultados positivos, pues mide la capacidad de la utilización de los recursos hospitalarios, que de acuerdo con los estándares hospitalarios, el porcentaje de ocupación máximo para unidades de 30 a 180 camas, se encuentra en un rango de 85% a 90%, donde un porcentaje menor al indicado representa la

capacidad instalada ociosa de los establecimientos de salud, situación que ocurre en los años 2007 y 2008 del periodo de estudio.

Por el contrario, a partir del año 2010 al 2012 el porcentaje de ocupación sobrepasa el 90%, debido al aumento significativo de la demanda de los servicios de salud provenientes de la política de gratuidad impuesta por el Gobierno Central; no obstante, la dotación de camas hospitalarias se ha mantenido constante, acarreando grandes problemas en la calidad de los servicios, pues cuando existe una sobre-ocupación de las instalaciones sanitarias los pacientes son trasladados a otros espacios físicos, los cuales no poseen los requerimientos necesarios para garantizar la mejor atención al usuario.

Por otra parte, el MSP recomienda mantener un porcentaje mínimo del 15% de capacidad física de reserva; sin embargo esta recomendación no se cumple en el HSLO, pues según los registros de pacientes del área de Cirugía y Gineco-Obstetricia para el año 2010 su porcentaje de ocupación fue del 117,8% y 109,9% respectivamente, razón por la cual, muchos de estos pacientes fueron trasladados a otras unidades de salud como el Hospital San Vicente de Paul en la ciudad de Ibarra, afectando de esta manera la satisfacción de la atención recibida por el usuario.

3.4.5 Promedio de días de estada versus giros de camas

Días de Estada

El promedio de días de estada en un establecimiento de salud representa el número promedio de días de hospitalización o internación de cada paciente en un periodo de tiempo dado, desde la fecha de ingreso hasta su egreso, sea este por cualquier causa. Para conocer este indicador se tomó la siguiente fórmula: (Ministerio de Salud Pública de Cuba, 2010:118)

$$\text{Promedio Días de Estada} = \frac{\text{Total de días de estada de pacientes egresados en un periodo dado}}{\text{total de egresos del mismo periodo}}$$

Giros de Camas

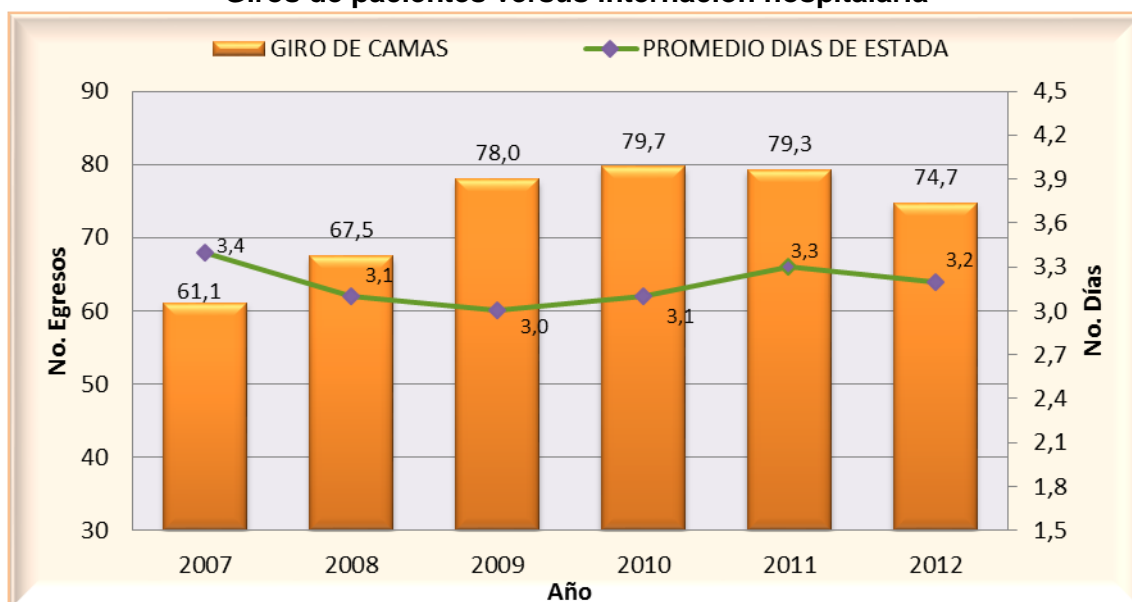
En un establecimiento de salud el indicador Giros de Camas mide el número de egresos que en promedio pasan por una cama disponible de dotación normal en un periodo determinado, también, permite medir la producción de servicios de salud de un establecimiento. Para conocer este indicador se tomó la siguiente fórmula: (Ministerio de Salud y Ambiente, 2005:18)

$$\text{Giro de camas} = \frac{\text{Total de egreso en un periodo}}{\text{Promedio de camas disponibles o en trabajo del mismo periodo}}$$

El HSLO cuenta con 75 camas de dotación normal, mismas que se encuentran disponibles las 24 horas del día y que son utilizadas por los pacientes que necesitan internación

hospitalaria después de un diagnóstico previo realizado por funcionarios médicos del establecimiento. El gráfico No. 23 muestra el promedio de días de estada de los pacientes con internación hospitalaria versus el giro de camas disponibles de dotación normal; donde, el promedio de días de estada de un paciente se encuentra en un rango constante desde el 2007 al 2012 de 3 a 3,4 días, lo que comparado con el Giro de Camas indica un aumento significativo de la cobertura y la confianza de las y los usuarios en los servicios de internación hospitalaria, de esta manera, en el año 2007 giraron 61,1 pacientes por cama disponible con una estancia promedio de 3,4 días, comparada con el año 2012 que giraron 74,7 pacientes en una cama de dotación normal con un promedio de 3,2 días de estada, estos resultados dejan en evidencia el crecimiento de la cobertura de los servicios de salud, permitiendo atender a una mayor parte de la población que buscaba atención especializada y no la encontraba dentro de los centros de salud del cantón.

Gráfico No. 23
Giros de pacientes versus internación hospitalaria



Fuente: Departamento de Estadísticas HSLO (2013a).
Elaboración: Jessica Andrade P.

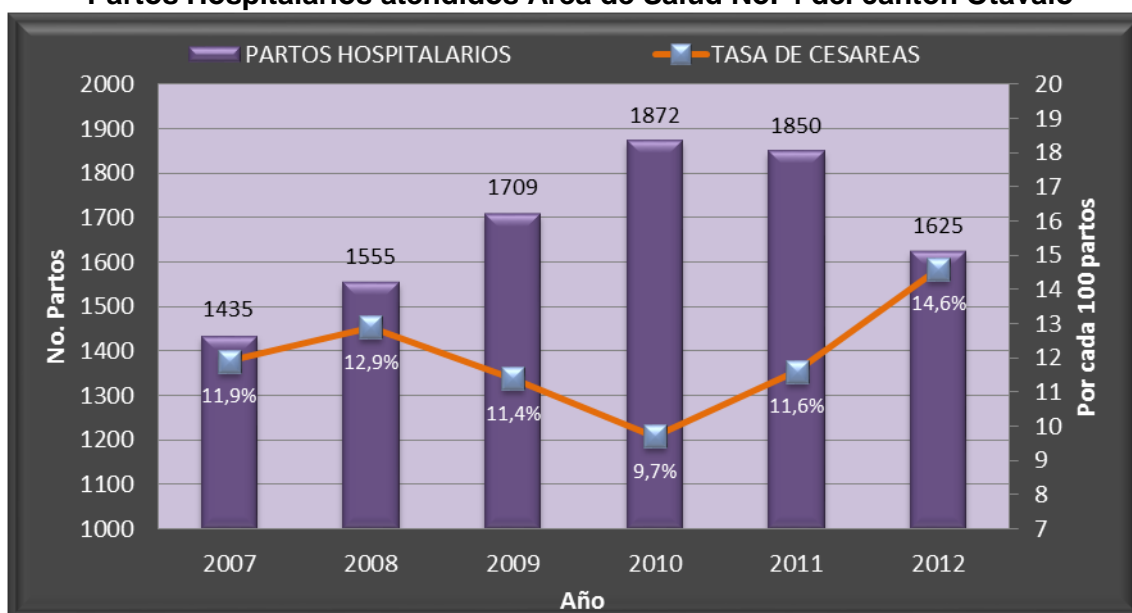
3.4.6 Partos Hospitalarios

Debido a las altas tasas de mortalidad materna e infantil del cantón Otavalo las autoridades sanitarias han implementado ciertos programas como: la Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural, Guías y manuales técnicos para la atención del parto, aumento de infraestructura necesaria para ampliar la cobertura de salud en estas especialidades, incrementos de equipos y materiales aptos para la atención del parto y postparto, entre otras que han logrado incrementar la demanda por estos servicios. El gráfico No. 24: muestra los partos atendidos en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, donde, aproximadamente el 99% son atendidos en el HSLO y el 1% en los sub centros de salud aptos para brindar este tipo de servicios.

La evolución de los partos hospitalarios ha presentado una tendencia creciente desde el año 2007 al 2010, es decir, el número de partos atendidos pasó de 1435 a 1872 partos respectivamente, este incremento se debió a la implementación de la Casa Materna con

enfoque intercultural en el Hospital, aumentando la demanda de estos servicios especialmente por las mujeres indígenas del cantón; lo que no ocurrió en los años 2011 y 2012 ya que presentó una disminución de los partos atendidos en los centros de salud, esto se debió principalmente a las campañas de prevención de embarazos precoces y métodos anticonceptivos seguros realizadas en los establecimientos de educación secundaria y en los sectores rurales, todos estos programas ejecutados por el MSP, lo que dejó como resultado la disminución de partos atendidos en los centros de salud, debido a la disminución de los embarazos no planificados y los riesgos de muerte materna y neonatal, que según los registros de pacientes del 2011 y 2012 el número de partos atendidos disminuyó un 12%, es decir, paso de 1850 a 1625 partos.

Gráfico No. 24
Partos Hospitalarios atendidos Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente: Departamento de Estadísticas HSLO (2013a).
Elaboración: Jessica Andrade P.

Además, el gráfico No. 24 muestra la evolución de la tasa de cesáreas (porcentaje de partos por cesáreas entre el número total de nacidos vivos) del HSLO a partir de año 2007 al 2012, misma que ha variado en un rango aproximado del 11% al 14% de partos atendidos por cesáreas por cada 100 nacidos vivos; según las investigaciones realizadas por la Organización Panamericana de Salud este indicador se encuentra dentro del rango recomendado del 10 a 15%, donde señala que sí la tasa de cesárea supera estos valores, el riesgo para la salud reproductiva empieza a sobrepasar los beneficios de este método, y que uno de los determinantes de esta tasa es el estrato socio económico de la población, donde la tasa aumenta lentamente en estratos de bajos ingresos y aumenta rápidamente en estratos con mayor ingresos, razones por la cual la tasa de cesárea en centros de salud privada es casi el doble que en los centros de salud pública.

Es importante mencionar que otro de los servicios gratuitos otorgados a la ciudadanía es aquel que lo hace el GAD Municipal del cantón Otavalo mediante una Unidad Médica de Salud que busca mejorar las condiciones de vida de la población con una participación responsable y segura, esta unidad ofrece servicios de salud y entrega de medicamentos gratuitos, los cuales, según una entrevista realizada a la señora Carmen Lascano, técnica

de salud del Municipio de Otavalo, son producto de donaciones extranjeras y del MSP, además señaló que el personal de la Unidad Médica Móvil está integrada por una doctora de medicina general y una enfermera auxiliar designadas por el MSP. Este servicio está dirigido a toda la ciudadanía, especialmente aquellos habitantes considerados grupos de atención prioritaria tales como: madres solteras, adultos mayores y personas con capacidades especiales.

3.5 La salud intercultural en el cantón Otavalo

De acuerdo al último censo de población y vivienda del Ecuador, el cantón Otavalo se caracteriza por tener una gran población indígena que hasta la actualidad mantiene ciertas tradiciones y prácticas culturales en su diario vivir, para efecto del estudio es importante conocer el sistema tradicional de salud que mantiene la población otavaleña en su cultura y la relación de ésta con la medicina convencional del cantón.

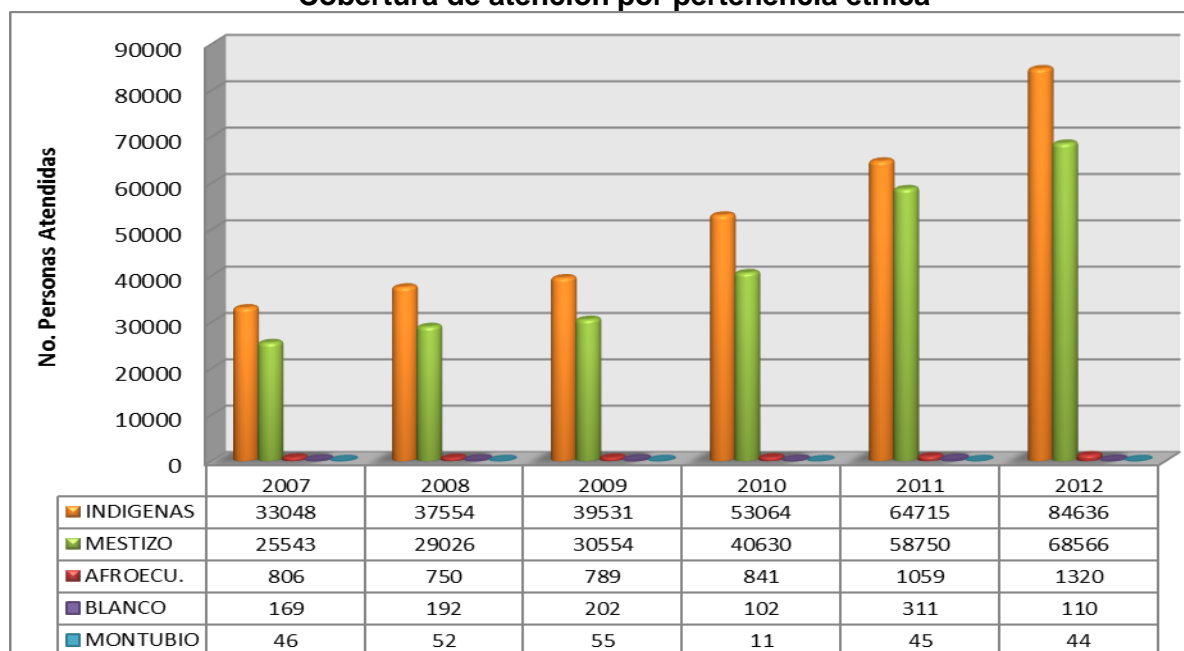
La cultura es uno de los principales determinantes de la salud que establece las condiciones de vida de la población, mediante hábitos y tradiciones que moldea el comportamiento de las personas y por ende determina el estado de salud de cada individuo. Para la población indígena la salud ancestral lleva la perspectiva de la naturaleza en sus creencias y saberes, abordando siempre la conservación de la salud mediante la cura de lo biológico, lo psicológico y lo espiritual, donde lo espiritual es la parte esencial para la cura de enfermedades, pues el cuerpo ayuda simplemente a identificar las dolencias; dentro del cantón Otavalo la mayor parte de los habitantes con este tipo de creencias se encuentran en las zonas rurales donde se localiza la mayor parte de la población indígenas pertenecientes al cantón; entre las enfermedades más comunes que atacan a niños, adolescentes y adultos en las zonas rurales del cantón resaltan: el espanto, el mal aire, infecciones, enfermedades respiratorias, diarreas, tuberculosis, gineco-obstétricas, úlceras, cólicos, lesiones, desnutrición entre otras que, dentro del proceso de curación necesitan mantener una relación directa entre la enfermedad y la medicina tradicional. (OPS; OMS, 1999)

Por muchos años la medicina ancestral en Otavalo se ha visto rechazada por el sistema nacional de salud convencional, ignorando las necesidades directas de la población respecto a su salud y a su forma de preservar la vida, asociados también a grandes brechas sociales, económicas y culturales, que afectan directamente a la población indígena del cantón, especialmente a las mujeres que experimenta altos grados de discriminación, violencia y barreras para acceder a los servicios básicos como derecho de todos los ecuatorianos; razones por las cuales, han hecho que tan solo el 54% de las mujeres indígenas asisten a un centro de salud (Hospitales, Subcentros, Clínicas o Consultorios Privados) para ser atendidas en el proceso de parto, y el 44% de partos restantes fueron atendidos en los domicilios, cabe indicar que, el 62% de los partos domiciliarios fueron tratados por parteras, un 30% por familiares y el 8% restante se atendieron solas en momento del parto, datos que dejan en evidencia una cobertura baja para la salud reproductiva de las mujeres indígenas. (MSP, 2008a: 24)

Tras haber percibido estos problemas, el MSP del Ecuador ha venido incorporando de varias maneras la medicina ancestral en el Área de Salud No. 4, con el fin de disminuir los problemas de exclusión y desigualdades étnicas existentes; de acuerdo a las entrevistas

realizadas a los servidores que laboran en esta área de salud, dentro de las políticas aplicas por las autoridades sanitarias se encuentran: adecuaciones interculturales a los espacios físicos (casa materna), incorporación de cursos de capacitación intercultural y métodos ancestrales propios del cantón dirigidos a médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal administrativo; implementación de materiales e insumos ancestrales como: plantas medicinales utilizadas por la población para la cura de enfermedades, estandarización del sistema de registro de pacientes mediante historiales clínicos con identificación intercultural, entre otras que han hecho que la cobertura por pertenencia étnica haya aumentado a lo largo del tiempo, el gráfico No. 25 muestra la evolución de pacientes atendidos por el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, donde se observa claramente el aumento de personas indígenas atendidas, pues en el 2007 se atendieron a 33048 personas y en el 2012 a 84636 pacientes, con un incremento del 256% en tan solo 5 años, lo mismo sucedió con la población afroecuatoriana que pasó de 806 a 1320 pacientes atendidos entre el año 2007 al 2012.

Gráfico No. 25
Cobertura de atención por pertenencia étnica



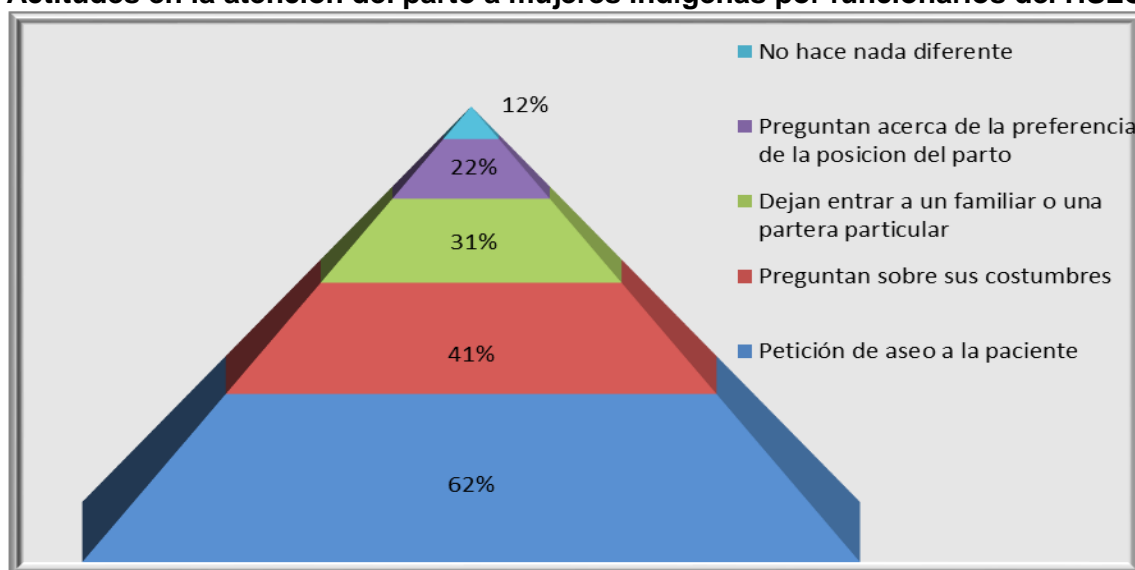
Fuente: Coordinación Zonal de Salud No.1 (2013) Sistema Común de Información.
Elaboración: Jessica Andrade P.

Otra de las políticas tomadas para aumentar la cobertura intercultural en el cantón, ha sido la propuesta de incorporar un modelo de salud reproductiva con enfoque intercultural, mediante la construcción de una casa materna para el Hospital "San Luis de Otavalo" con una inversión aproximada de 70.000 dólares que entró en funcionamiento a partir del año 2008, la cual brinda alojamiento a mujeres en labor de parto inicial, parto y postparto, brindando una mejor atención a la mujeres indígenas que no tenía acceso a los servicios de salud por barreras culturales como: costumbres, creencias, resistencia a utilizar los servicios de salud, miedo y desconfianza relacionado a la atención que reciben por parte del personal médico, la baja comunicación oral y escrita debido al idioma, los bajos niveles de educación que presentan las mujeres indígenas en el cantón y por barreras geográficas. (Suarez, 17 de julio de 2009)

La casa de atención materna, cuenta con un espacio físico adecuado a las costumbres de las mujeres indígenas otavaleñas, dividida en dos ambientes: un cubículo interno donde se encuentra la sala de parto con una cama con estereras y con una estantería con plantas medicinales y equipos y materiales tradicionales utilizados a lo largo de la estancia del paciente; y otro ambiente, donde se encuentra la sala de espera para los familiares. Todo elaborado con el fin de brindar a las mujeres otavaleñas una atención culturalmente segura, aumentando de esta manera el acceso y la confianza en los servicios públicos brindados a la ciudadanía.

En una investigación realizada por el Fondo de Población de Naciones Unidas-UNFPA (2010) en el HSLO, acerca de los partos efectuados a mujeres indígenas embarazadas, se evidenció que la atención de los médicos a esta parte de la población tiene ciertas particularidades que identifican su cultura y tradiciones, donde se pudo identificar las actitudes que el personal médico tiene al momento de atender sus requerimientos de salud; véase gráfico No. 26; por ejemplo: los médicos, enfermeras y auxiliares piden a las pacientes que se asean antes de empezar la consulta médica ya que estas llegan desaseadas, medida considerada como prevención de posibles enfermedades; adicionalmente algunos médicos preguntan las costumbres de la paciente, o cómo desearían tener el proceso de parto (verticalmente u horizontalmente). Sin embargo, se identificó que los funcionarios no cuentan con políticas unificadas de atención, ya que cada uno de los médicos tiene un modo diferente de tratar o atender a sus pacientes, especialmente si estas son mujeres indígenas.

Gráfico No. 26
Actitudes en la atención del parto a mujeres indígenas por funcionarios del HSLO

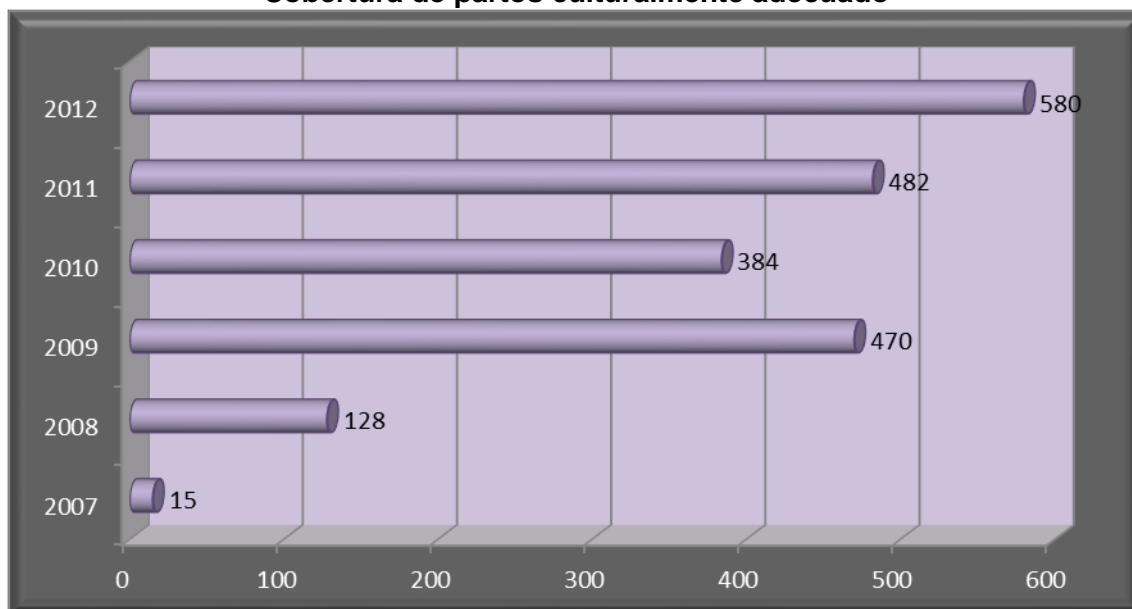


Fuente: MSP; UNFPA (2010)
Elaboración: Jessica Andrade P.

A pesar de los problemas de comunicación entre los funcionarios y los pacientes de la población indígena, la atención del parto culturalmente adecuado ha ido aumentando a partir de la creación de la Casa Materna del HSLO en el 2008, el gráfico No. 27 muestra la evolución de la cobertura de Partos Culturalmente Adecuados, de tal forma que desde el año 2008 al 2012 suman 2044 partos bajo esta modalidad; en el que, casi el 75% han sido mujeres indígenas, el 15% mujeres afroecuatorianas y el 10% mestizas; resultados que

muestra el aumentando del número de pacientes atendidas bajo la política de reproducción con enfoque intercultural en el cantón Otavalo; es importante destacar que en el año 2007 tan solo 15 pacientes decidieron utilizar este método debido a la falta de infraestructura adecuada para este tipo de partos, problema que en la actualidad ha ido desapareciendo logando responder a las necesidades de las mujeres y al ejercicio de sus derechos.

Gráfico No. 27
Cobertura de partos culturalmente adecuado



Fuente: Departamento de Estadísticas HSLO (2013a).
Elaboración: Jessica Andrade P.

Otra muestra de la política aplicada por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador fue designar por primera vez un médico indígena como Director del Hospital San Luis de Otavalo, generando una dinámica importante desde los procesos administrativos hasta la producción de los servicios, aumentando de esta manera la confianza, especialmente de la población del sector rural a fin de mejorar la calidad de atención brindada a las y los usuarios de salud y cumplir de esta manera con los objetivo propuestos de mejorar la cobertura de salud a nivel nación por parte del Ministerio Salud del Ecuador.

3.6 Demanda de Salud en el cantón Otavalo

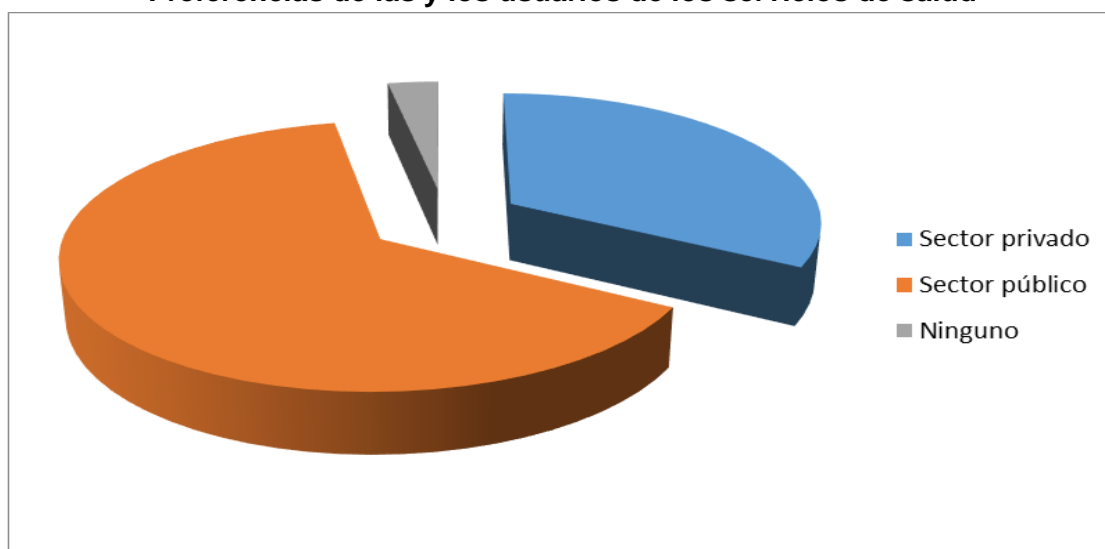
La situación del sector de la salud en el cantón Otavalo se ha caracterizado por ser uno de los mayores problemas sociales en la población, razón por la cual, en el año 2003 fue calificada como área de riesgo de muerte materna y tétanos neonatal, dejando como evidencia las grandes brechas culturales entre la población indígena y mestiza, además cabe aclarar que en años anteriores la atención que recibían las mujeres indígenas en los centros de salud era distinta de la que esperaban, es decir la atención del embarazo, parto y postparto en los centros de salud se fundamentaba solamente en la medicina convencional y no se complementaba con un modelo de salud intercultural, que atienda las necesidades de la población, lo que impedía la incorporación de pacientes con preferencias culturales en el sistema nacional de salud. En la actualidad esta situación ha cambiado, debido a que se

ha implementado ciertos programas dentro de los establecimientos de salud pública que han hecho que las preferencias de la población se adapten a la oferta de estas instituciones. (MSP; UNFPA, 2010)

El cantón Otavalo se caracteriza por tener una población en su mayoría de autoidentificación indígena, la cual busca servicios de salud que se acoplen culturalmente a su entorno y a las necesidades del paciente; en la actualidad, la población otavaleña, tienen la posibilidad de elegir servicios de salud de acuerdo a sus preferencias o a su nivel socio-económico.

La población Otavaleña puede elegir entre los servicios de salud ofrecidos por el sector público o privado del cantón, los cuales están formados por: 8 centros de salud y clínicas de carácter privado; y 16 establecimientos de salud pública conformada por un hospital básico y 15 subcentros; el gráfico No. 28 indica el porcentaje de usuarios que son atendidos tanto en el sector público como en el privado, donde se puede observar que el 64% de población acude a los centros de salud pública frente al 33% que buscan servicios de salud privada; el cantón Otavalo se caracteriza por tener una población económicamente baja, razón por la cual el porcentaje de usuarios que son atendidos en los centros de salud pública es casi el doble de los entendidos en establecimientos privados. (GAD Municipal del cantón Otavalo, 2011)

Gráfico No. 28
Preferencias de las y los usuarios de los servicios de salud



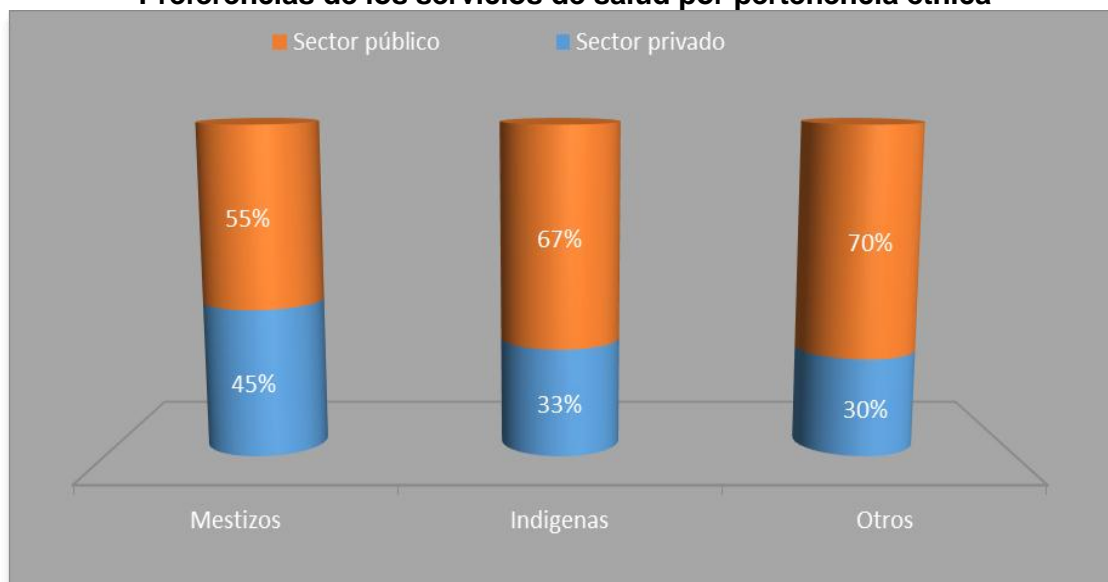
Fuente: GAD Municipal del cantón Otavalo-Dirección de Higiene, Salud Gestión Ambiental (2011)
Elaboración: Jessica Andrade P.

Cabe mencionar, que existe una parte minoritaria de la población (3%) que no acude a ningún centro de salud, esto ocurre especialmente en la población indígena que prefiere acudir a un terapeuta tradicional, debido a varios factores como: el idioma, la confianza que estos agentes de salud brindan, la cosmovisión de su pueblo, por el trato discriminatorio que en ocasiones pueden suscitarse en establecimientos de salud y por el costo de estos servicios.

De acuerdo a las estadísticas de la Dirección de Higiene, Salud y Gestión Ambiental del GAD Municipal de Otavalo; véase gráfico No. 29; el 45% de la población mestiza, el 33% de

la población indígena y el 45% correspondientes a otra autoidentificación prefiere acudir a centros de salud privada, debido a las siguientes razones: confianza que estos centros crean en las y los usuarios de salud, niveles altos de calidad, servicios seguros y confiables, tiempo de espera de la consulta y por la amplia oferta en especializaciones médicas.

Gráfico No. 29
Preferencias de los servicios de salud por pertenencia étnica



Fuente: Municipio de Otavalo (2011) Estadísticas de salud-Dirección de Higiene, Salud y Gestión Ambiental
Elaboración: Jessica Andrade P.

Por otro lado, las personas que prefieren utilizar los servicios de salud pública corresponde al 55% de la población mestiza, al 67% de la población indígena y al 70% correspondiente a otra autoidentificación, dentro del estudio se evidenció también que las personas que acuden a este tipo de servicios lo hacen preferentemente por los costos en la atención; además, señalan que es estos servicios son un derecho de cada ciudadana y ciudadano conforme la Constitución de la República del Ecuador 2008.

Dentro de este contexto, la demanda de salud en el cantón Otavalo se enfoca mayoritariamente en el sector público donde los resultados positivos se ven reflejados en el incremento de personas atendidas en los centros de salud, tanto en la internación hospitalaria como en los servicios de consulta externa; además de un aumento significativo en las personas atendidas en establecimientos de educación, comunidades y domicilios de las zonas rurales pertenecientes al cantón Otavalo.

En resumen, el cantón Otavalo ha experimentado un crecimiento poblacional anual del 7% desde el año 2006 al año 2012, lo que ha llevado a incrementar la demanda de los servicios de salud especialmente en los sectores rurales del cantón que muestran grandes índices de pobreza y que por factores culturales y geográficos no acceden fácilmente a este tipo de servicios. El cantón cuenta con un solo hospital de segundo nivel, mismo que en los últimos años ha tenido que soportar la gran demanda existente no solo por parte de la población otavaleña, sino también por habitantes de otras zonas aledañas o incluso de otras provincias lo que en muchas ocasiones el porcentaje de ocupación máxima en internaciones

hospitalaria ha sobrepasado el límite permitido, poniendo en riesgo la calidad de los servicios otorgados por la institución.

Por otro lado, también se pueden evidenciar avances importantes dentro del Sistema Nacional de Salud, tales como: el incremento del número de personas atendidas en los centros de salud pública, debido especialmente a la política de gratuidad de los servicios públicos impuesta por el Estado y al incremento de servicios con enfoques culturales ofrecidos a la ciudadanía, aumentado de esta manera la confianza de las y los usuarios en los servicios públicos de salud. Este incremento de la cobertura se ha enfocado especialmente a grupos poblacionales que experimentan barreras económicas, sociales y geográficas que dificultan el acceso a estos servicios. Adicionalmente, estos servicios han acogido no solo a la población indígena practicante de los métodos tradicionales, sino también a mestizos y afroecuatorianos, disminuyendo de esta manera los indicadores de mortalidad tanto materno como infantil; además, dentro de los logros encontrados, se encuentra la implementación de sistemas de capacitación intercultural para los funcionarios tanto médicos como administrativos de los centros de salud, con el fin de mejorar la calidad de los servicios brindados.

El MSP ha logrado posicionar al Hospital “San Luis de Otavalo” dentro y fuera de la provincia constituyéndose ejemplo de salud intercultural, además, se han invertido recursos significativos en el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo, con el fin de alcanzar el mayor impacto social en el fortalecimiento y desarrollo del capital humano, mejorando la calidad de vida de toda la población otavaleña y de sus alrededores.

Gasto público en el sector salud del cantón Otavalo

4.1 Condiciones del Gasto Público

Una de las principales políticas aplicadas en el Ecuador desde el año 2007 ha sido el incremento de la inversión social en el país, dirigida especialmente a aquella población que por razones socio-económicas no ha podido acceder a los servicios básicos tanto de educación como de salud; políticas que tienen el fin de garantizar los principios de equidad, igualdad y universalidad, asegurando el desarrollo humano sostenible de los diferentes pueblos y nacionalidades ecuatorianas, lo que ha hecho que el gasto público en estos servicios a nivel nacional aumente significativamente y por ende los establecimientos de salud pública puedan recibir mayores recursos económicos que cubran la ejecución de sus actividades.

En una rueda de prensa realizada por el Ministro de Economía del Ecuador, Patricio Rivera (Febrero, 2013), señaló que la inversión y el gasto público en el sector salud a nivel nacional ha aumentado significativamente en los últimos años, debido a la generación y captación de ingresos tributarios, arancelarios y a la renegociación de contratos de venta del petróleo como principales fuentes de financiamiento del Estado ecuatoriano; evidenciado claramente en el aumento del Presupuesto General del Estado y en una mayor distribución de recursos hacia los sectores más vulnerables del país; permitiendo cubrir brechas sociales y económicas principalmente en los sectores de salud y educación que han experimentado nivel bajos de inclusión y cobertura. (El Ciudadano, 2 de Febrero del 2013)

En este contexto, es importante señalar cómo las instituciones ecuatorianas que prestan servicios públicos reciben recursos provenientes del Estado para el desempeño de las funciones para las cuales fueron creadas; dentro de esta investigación se tomará en cuenta el presupuesto público asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo; el presupuesto asignado a cada institución pública de salud se encuentra relacionado con el cumplimiento de objetivos estratégicos impuesto por el Ministerio de Salud Pública (MSP) tales como: incrementar las capacidades del recurso humano mediante el aumento de la eficiencia y eficacia de sus actividades, reducir las barreras de acceso universal de salud e incrementar los procesos de control y prevención de la salud para garantizar el derecho del buen vivir de cada uno de las y los ecuatorianos. (MSP, Ejes estratégicos)

Además, según las directrices de la programación presupuestaria 2011-2014 establecida por el Ministerio de Finanzas, el Ministerio Coordinador de la Política Económica (MCPE) y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo del Ecuador (SENPLADES), el presupuesto asignado a las instituciones públicas deben cumplir con ciertas directrices que aseguren el objetivo social de su distribución.

Entre las principales directrices que aseguren el buen manejo de los recursos públicos tenemos:

- Los recursos públicos deben asegurar el buen vivir de cada miembro de la población mediante la satisfacción de las necesidades básicas (educación, salud, etc.).

- Los recursos públicos deben promover la inclusión social y la igualdad de género favoreciendo a los grupos de atención prioritaria sin discriminación alguna.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo recibe cada año un monto presupuestario que es destinado a la ejecución de sus actividades, una parte del total del monto solicitado (rubro correspondiente al gasto corriente) depende de los techos presupuestarios implantados por el Ministerio de Finanzas de acuerdo a la conformación cuatrienal del Presupuesto General del Estado y en base a las proformas presupuestarias asignadas históricamente a esta área de salud. (HSLO, 2013b)

En el cantón Otavalo cada año se ejecutan programas y campañas sociales de salud de acuerdo a las necesidades de la población otavaleña; para su ejecución el Hospital “San Luis de Otavalo” (HSLO) como ente administrativo del presupuesto asignado a esta área realiza un Plan Operativo Anual (POA)¹³, donde se establecen: programas, proyectos y acciones que deben ser cumplidos en el transcurso del año fiscal bajo metas e indicadores; el POA es un instrumento mediante el cual se solicita la aprobación de la otra parte del presupuesto (rubros correspondientes al Gasto de inversión y de Capital) necesario para la ejecución de estos programas sociales.

Para la creación del POA del Área de Salud No. 4 de Cantón Otavalo las autoridades establecen criterios básicos que fundamenten la proforma presupuestaria, tales como: monto asignado en la ejecución presupuestaria del año pasado, necesidades de los centros de salud en infraestructura, equipos, insumos médicos y recursos humanos, situación de salud de la población del cantón y nuevos proyectos necesarios para garantizar el acceso universal de salud y servicios de calidad establecidos en la Constitución de la República. (HSLO, 2013b)

Estas asignaciones presupuestarias serán aprobadas por el Ministerio de Finanzas en coordinación con el Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS) y la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo Social (SENPLADES) como entidad rectora del Gasto de Inversión en el Ecuador; estas asignaciones se las realiza bajo un índice de priorización de programas de Inversión Pública que se fundamentan en elementos como: necesidades básicas insatisfechas, generación de empleo y en el incremento del capital físico, natural, humano y social que impulse el desarrollo productivo de la población ecuatoriana. (SENPLADES, s.f.)

En los últimos años el Área de salud No. 4 ha experimentado un crecimiento en la demanda de servicios de salud por parte de la población otavaleña, éste aumento ha hecho que las necesidades de recursos financieros se incremente año tras año, con el propósito de cubrir factores de salud como: la implementación de campañas preventivas ejecutadas en las comunidades y establecimientos educativos del cantón, el aumento del personal médico en los centros de salud pública, el aseguramiento de los derechos de las y los ciudadanos a recibir servicios gratuitos en todos los niveles de atención, entre otros que mejoren el estado de salud del cantón

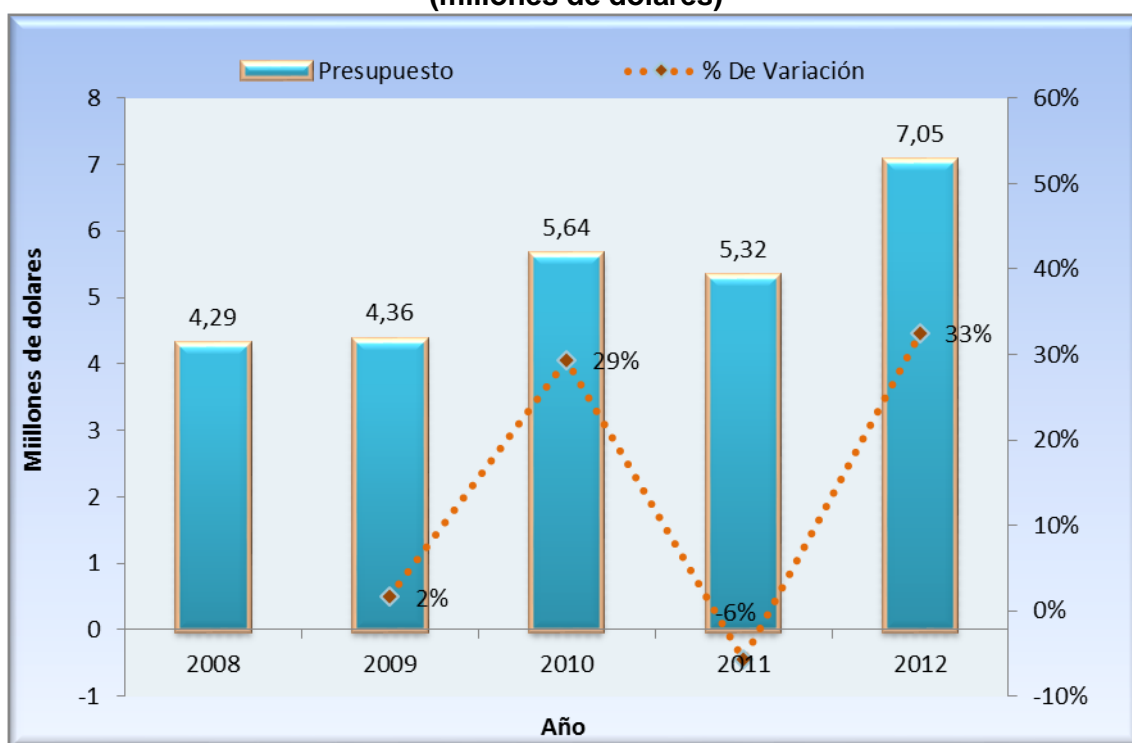
¹³Este documento tiene el propósito de orientar y asegurar los objetivos gubernamentales del sector salud, además de servir como base para la programación presupuestaria del sector público.

Con estos antecedentes, es importante analizar el presupuesto que el gobierno ha asignado al sector salud en el cantón Otavalo y verificar la distribución interna de estos recursos, a la vez permitirá identificar la influencia del gasto en la cobertura de salud dirigida especialmente a la población otavaleña y a la vez conocer la calidad de los servicios de salud mediante la satisfacción de las y los usuarios al momento de ser atendidos en los centros de salud pública del cantón.

Los rubros descritos en este análisis corresponden al Presupuesto del Ministerio de Salud Pública “Codificado”¹⁴ asignado a cada año fiscal al Área de Salud Pública No. 4 del cantón Otavalo, con un porcentaje promedio de ejecución del 99% de acuerdo al reporte de gastos de esta área.

El gráfico No. 30 describe la Ejecución de Gastos correspondiente al área de salud pública No. 4 del cantón Otavalo, donde el Hospital “San Luis de Otavalo”-HSLO es el ente responsable del manejo, control y distribución de los recursos asignados por el gobierno a esta área, cabe aclarar que los centros y subcentros de salud de primer nivel del cantón se encuentran bajo la responsabilidad económica del Hospital y que los rubros detallados a continuación pertenecen a los montos totales asignados al sector público de salud en el cantón Otavalo.

Gráfico No. 30
Ejecución Presupuestaria asignada al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo
(millones de dólares)



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte ejecución del Presupuesto- periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.
Elaboración: Jessica Andrade P.

¹⁴El Presupuesto Codificado: son aquellos montos modificados por efecto de incrementos o disminuciones de ingresos en el Presupuesto Inicial debido a la aprobación de resoluciones presupuestarias a un periodo de corte. (MSP, 2010c, Manual de Procedimientos del Sistema de Presupuestos)

El presupuesto asignado al sector salud en el cantón Otavalo ha experimentado una tasa de crecimiento promedio de inversión del 10,45% en los 5 años de estudio y un crecimiento del 68% en los montos asignados entre el año 2008 y 2012, es decir, el presupuesto pasó de 4,49 a 7,05 millones de dólares respectivamente, este crecimiento se debe especialmente al aumento de la inversión social en el país, tomada como una de las principales políticas aplicadas en el sector salud por el Gobierno Central, con el fin de aumentar la calidad de los servicios y las tasas de cobertura especialmente en los sectores considerados vulnerables, como es el caso del cantón Otavalo, debido a las altas tasas de muerte materna y neonatal.

Entre el año 2008 y el 2012 el porcentaje de variación de los montos asignados al sector salud en el cantón Otavalo ha tenido un crecimiento positivo, excepto en el 2011 ya que el presupuesto asignado disminuyó en un 6% respecto al 2010, esto debido a una disminución del valor asignado en los rubros correspondientes a los Bienes y Servicios de Inversión y a las Obligaciones pendientes de pago del ejercicio fiscal anterior; además, en el 2010 el HSLO adquirió maquinaria y equipo necesario para proyectos de inversión como el de la Ley de Maternidad gratuita y atención a la infancia y el de Alimentación y Nutrición ejecutados en todo el cantón Otavalo.

Por otro lado, el mayor porcentaje de variación se dio en el año 2012, con un crecimiento del presupuesto asignado del 33% respecto al año 2011, esto debido a un incremento del 44% en el rubro *gasto en personal* correspondiente a los funcionarios públicos del Estado, además de un incremento de 3,6 veces en el rubro de *gasto en personal para inversión* destinados a programas sociales como: Inmunización de Enfermedades Prevenibles por Vacuna y Protección Social en Salud ejecutados en su mayoría en las comunidades y establecimientos educativos del cantón Otavalo, mismos que necesitan mayor inversión financiera por ser ejecutados fuera de las instalaciones de los centros de salud públicos del cantón y por poseer personal bajo la modalidad de servicios a contrato.

Según la ejecución de gastos del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo el presupuesto asignado se destina en un 75% a las áreas de Consulta Externa (Odontología, Traumatología, Pediatría, Ginecología, Oftalmología, Medicina interna y Medicina General) e Internación (Cirugía, Pediatría y Gineco-Obstetricia), debido a la gran cantidad de Recursos Humanos, materiales e insumos necesarios para brindar estos servicios y a la gran demanda existente en cada una de las áreas de salud ofrecidas por el Hospital; el 25% restante del presupuesto es destinado a proyectos como: campañas de prevención y aseguramiento de la salud como un derecho constitucional de la población, programas ejecutados en su gran mayoría fuera de las instalaciones de los centros de salud.

4.2 Composición y Distribución del Gasto Público en Salud del cantón Otavalo

Para mejorar el manejo de las cuentas del Presupuesto General del Estado-PGE asignado a las entidades públicas del Ecuador, el Art. 10 de la Ley de Presupuestos del Sector Público faculta al Ministerio de Finanzas la responsabilidad de la creación del *Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos del Sector Público* que tiene el propósito de estandarizar los procesos de la gestión presupuestaria de todas las entidades públicas no financieras.

Para fines de esta investigación se tomará los conceptos del Clasificador Presupuestario correspondiente a los gastos del sector salud, con el fin de interpretar correctamente la gestión de los fondos públicos asignados.

El cuadro No. 15 muestra la Distribución del presupuesto público asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, donde los rubros con mayor financiamiento son los destinados al Gasto en Personal, seguida de la adquisición y mantenimiento de bienes y servicios de consumo y de inversión.

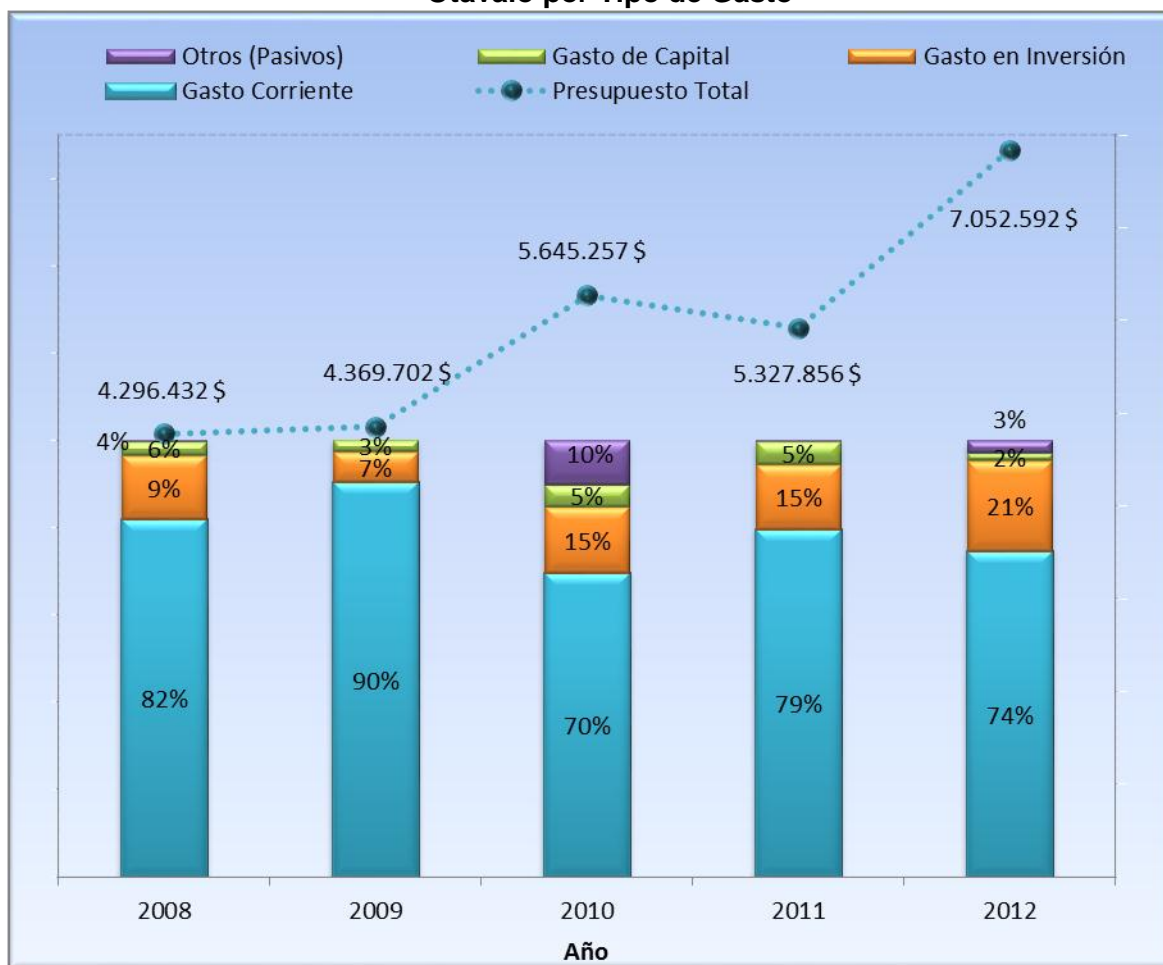
Cuadro No. 15
Composición del presupuesto público asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, por grupo de gastos (montos en dólares)

Descripción	2008	2009	2010	2011	2012
Gasto en personal	2.708.718,26	2.835.029,68	3.036.724,17	3.131.803,06	4.519.670,16
Bienes y servicios de Consumo	797.698,44	1.103.121,69	826.962,26	974.306,92	601.861,27
Otros Gastos Corrientes	2.400,00	2.400,00	3.000,00	4.050,00	23.768,24
Transferencias y Donaciones Corrientes	650,00	650,00	56.868,09	122.522,01	97.280,13
Gasto en personal para inversión	0,00	0,00	45.135,18	222.781,57	1.014.898,64
Bienes y servicios para Inversión	384.471,81	305.139,41	813.118,31	568.097,04	415.631,72
Obras Públicas	0,00	4.988,44	0,00	0,00	50.000,00
Bienes de Larga Duración	250.110,64	118.373,44	288.774,98	285.737,00	122.946,65
Otros Pasivos	152.382,93	0,00	574.674,08	18.559,32	206.536,11
Total	4.296.432,08	4.369.702,66	5.645.257,07	5327856,92	7052592,92

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte ejecución del Presupuesto, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.
Elaboración: Jessica Andrade P.

Como se puede observar en el gráfico No. 31, los recursos asignados a esta área de salud están destinados principalmente al gasto corriente con un promedio de participación en el periodo de estudio del 79%, seguido por el Gasto en Inversión con el 13%, por el Gasto de Capital que representa el 4% del presupuesto y finalmente el 3% restante se destinan a otros Pasivos correspondiente a obligaciones generadas o no pagadas en el ejercicio fiscal anterior (cuentas por pagar a proveedores de medicamento o gastos del personal por pagar).

Gráfico No. 31
Distribución del Presupuesto Público Asignado al Área de Salud No. 4 del cantón
Otavaló por Tipo de Gasto



Fuente: Hospital San Luis de Otavaló, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.

Elaboración: Jessica Andrade P.

4.2.1 Gasto Corriente

Según el Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos del Sector Público (2013:37) del Ecuador, emitido por el Ministerio de Finanzas Públicas, el Gasto Corriente:

Son los gastos destinados por el Estado para adquirir bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades operacionales de administración y transferir recursos sin contraprestación. Están conformados por gastos en personal, prestaciones de seguridad social, bienes y servicios de consumo, aporte fiscal, gastos financieros, otros gastos y transferencias corrientes.

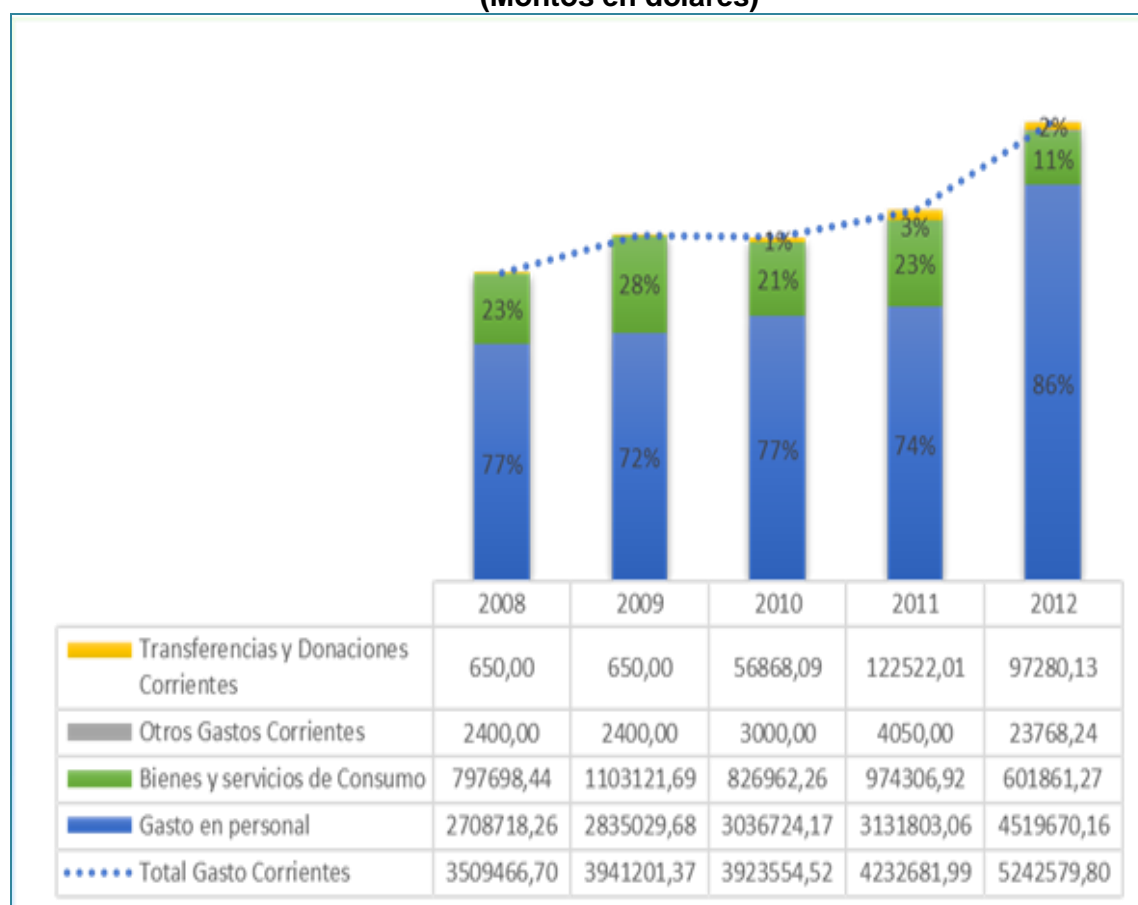
Con base en lo anterior, el gasto corriente es el rubro con mayor participación dentro del total del presupuesto asignado para cada año en esta área de Salud; véase gráfico No. 31; ya que representa más del 70% del gasto, acompañado de un crecimiento del 49% desde el 2008 al 2012, pasando 3,5 a 5,2 millones de dólares; su participación dentro del presupuesto de cada año fiscal presenta una tasa de variación decreciente del 1,87%;

En el 2008 su participación fue del 82%, sin embargo, en el 2010 y 2012 disminuyó a 70% y 74% respectivamente, debido a un aumento en el gasto social destinado a programas de prevención de la salud ejecutados en las comunidades rurales del cantón Otavalo dejando como resultado la caída de su participación en aproximadamente 10 puntos porcentuales.

En el año 2009 el gasto corriente ocupa casi la totalidad del presupuesto con un 90% de participación, esto debido al incremento de la adquisición de medicinas y productos farmacéuticos, resultado de la implementación del Plan de Medicinas Gratuitas atribuida por el Gobierno Central, como un derecho de la población ecuatoriana, con el propósito de garantizar la salud universal.

Dentro del grupo de gasto corriente tenemos subgrupos de gastos que se detallan en el gráfico No. 32, donde el gasto en personal que forma parte fundamental del desarrollo de la producción de los servicios de salud, debido a los conocimientos impartidos en cada una de las consultas médicas; es el grupo con mayor presupuesto asignado, con un 77% promedio de participación en el total del gasto corriente dentro del periodo de estudio, mismo que refleja una tasa de variación anual del 10,78% y una tasa de crecimiento del 66% desde el 2008 al 2012, pues el monto asignado pasó de 2,7 a 4,5 millones de dólares.

Gráfico No. 32
Distribución del Gasto Corriente del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo
(Montos en dólares)

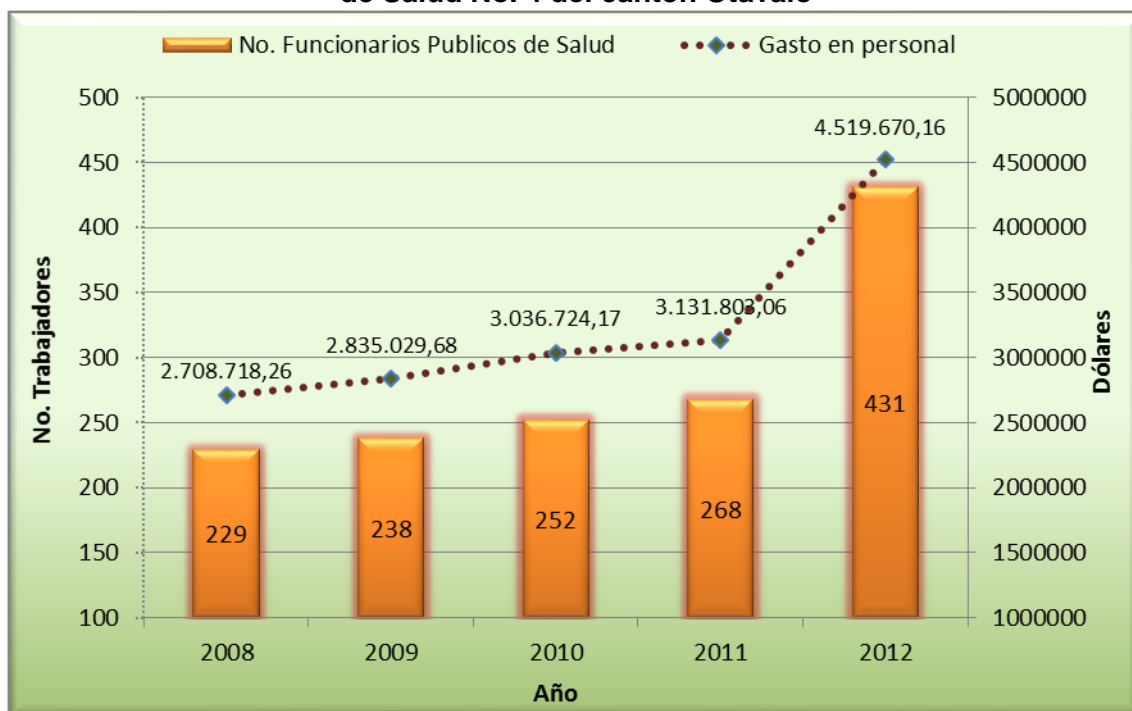


Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.

Elaboración: Jessica Andrade P.

Este crecimiento se debe principalmente al aumento del personal dentro del área de salud, como medida para cubrir la gran demanda de servicios de salud que en la actualidad trae la política de gratuidad; de esta manera en el 2008 se contaba con 229 trabajadores (personal, administrativo de apoyo y de producción) y en el 2012 el personal ascendió a 431 trabajadores bajo la proforma presupuestaria de gasto corriente, por ende el presupuesto destinado al pago de sueldos, salarios, remuneraciones y beneficios de los trabajadores presenta una tendencia creciente; véase gráfico No. 33.

Gráfico No. 33
Evolución del personal bajo la proforma presupuestaria de Gasto Corriente del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013)/ Departamento de Recursos Humanos (2012)

Elaboración: Jessica Andrade P.

La asignación para grupo de Bienes y Servicios de Consumo es el siguiente rubro con mayor financiamiento, el cual es destinado a la adquisición de materiales y herramientas necesarios para el laboratorio, consultorios médicos, rayos X, cirugía, gineco-obstetricia y otras áreas del hospital y centros de salud de primer nivel; adicionalmente, este rubro financia la adquisición de medicinas y productos farmacéuticos.

El gasto en bienes y servicios de consumo representa aproximadamente el 21% del total del gasto corriente, el cual mantiene una tasa de variación anual del 4%, excepto en el año 2012 que el monto disminuyó en 372.445,65 dólares en relación al año 2011, siendo el rubro más bajo destinado a este grupo de gastos en el periodo de estudio, debido a que en el 2011 se adquirió un nuevo instrumental médico menor destinado al área de consulta externa, razón por la cual se solicitó un monto mayor de financiamiento. Cabe recalcar que el año 2009 presenta un crecimiento significativo del 5% en relación al 2008, debido a la implementación del plan de acceso a medicamentos gratuitos del MSP y a la adquisición de nuevos equipos y herramientas necesarias para el área de Laboratorio del HSLO. Además,

se impulsó el Proyecto Maternidad Gratuita a ejecutarse en la Casa Materna del hospital, lo que implicó un mayor financiamiento en este servicio.

Es importante señalar que debido a las altas tasas de muerte materna y neonatal del cantón Otavalo, en el año 2008 se destinó una parte del presupuesto (aproximadamente 70.000 dólares) a la construcción de la Casa Materna del HSLO, misma que tiene el objetivo de brindar servicios de salud con enfoque intercultural en los procesos de parto y postparto dirigidos especialmente a mujeres indígenas que por barreras culturales no accedían a este tipo de servicios; lo que dejan como resultado un incremento en la cobertura de salud.

Finalmente, los montos restantes del gasto corriente corresponden a los rubros de transferencias-donaciones y a otros gastos, con un porcentaje de participación del 2% de total del gasto corriente, rubros correspondientes a: seguros, obligaciones con el IEES por aporte patronal y las asignaciones destinadas a las pensiones jubilares de ex-trabajadores, entre otras que forman parte del gasto corriente.

4.2.2 Gasto en Inversión

Según el Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos del Sector Público del Ecuador (2013:70), emitido por el Ministerio de Finanzas Públicas, el Gasto en Inversión:

Son los gastos destinados al incremento patrimonial del Estado, mediante actividades operacionales de inversión, comprendido en programas sociales o proyectos institucionales de ejecución de obra pública. Están conformados por gastos en personal, bienes y servicios destinados a la inversión, obras públicas y transferencias de inversión.

De acuerdo al gráfico No. 31 correspondiente a la composición del gasto asignado al Área de salud No. 4 del cantón Otavalo, el gasto en inversión es el segundo rubro con mayor financiamiento, con un promedio del 13% de representación en el total del presupuesto asignado al sector salud en el cantón Otavalo.

Desde el 2008 al 2012 el monto asignado al gasto en inversión se incrementó en 2,83 veces, debido a la implementación de programas de apoyo destinados a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud ofrecidos a la población; entre los principales programas se encuentran: la Administración de la alimentación y nutrición (SIAN), el Aseguramiento Universal de la Salud, Maternidad y control infantil gratuito, el Plan nacional de medicamentos genéricos, Inmunizaciones de enfermedades por vacuna, el Plan de mitigación, prevención y atención de emergencias y Desastres, entre otros. (HSLO, 2013b)

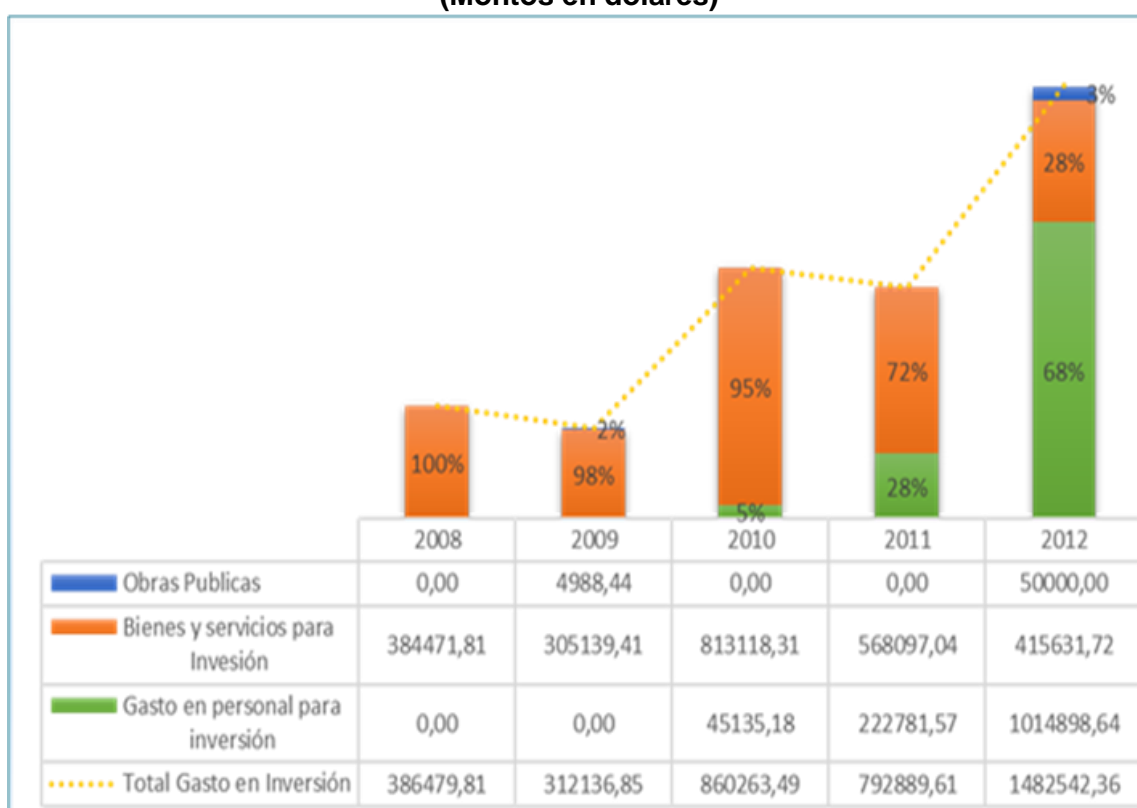
El valor asignado más bajo se dio en el año 2009 con una disminución del 2% en relación con el año anterior, debido a que la mayor parte de financiamiento se destinó a la adquisición de medicamentos y productos farmacéuticos (gasto corriente) necesarios para cumplir con el Plan de Salud Gratuita establecido por el MSP, financiamiento destinado en su mayoría al cumplimiento de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la infancia con el objetivo de disminuir las tasas de muerte materna y neonatal del cantón Otavalo.

Dentro del grupo de gastos en inversión; véase gráfico No. 34; el rubro con mayor financiamiento es el de Bienes y Servicios para Inversión que comprende la adquisición de equipos, materiales e insumos para la ejecución de proyectos sociales a cargo del HSLO;

hasta el 2010 este rubro representaba más del 95% del total del gasto en inversión, debido a que el personal necesario para este tipo de proyectos se encontraban casi en su totalidad dentro del gasto corriente.

Lo que no ocurre a partir del 2011, pues existe una crecimiento de contratos bajo la modalidad de personal de inversión, razón por la cual el grupo de Gastos en personal para inversión asciende significativamente, pues de 222.781,57 dólares en el 2011 pasó a 1.014.898,64 dólares en el 2012, es decir el presupuesto asignado se incrementó en 3,6 veces; este incremento se debe al lanzamiento del Programa de Apoyo a la extensión de la protección de salud ejecutado en las parroquias rurales del cantón Otavalo y al incremento de la cobertura de inmunizaciones de enfermedades por vacuna, dirigido a toda la población otavaleña.

Gráfico No. 34
Distribución del Gasto en Inversión del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo
(Montos en dólares)



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.

Elaboración: Jessica Andrade P.

Finalmente, el rubro con menor participación es el grupo de Obras Públicas, el cual representa tan solo el 1% del total del Gasto de Inversión, rubro destinado a Obras de infraestructura realizadas en las instalaciones del Hospital o centros de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo; es importante mencionar que debido a la baja gestión de las autoridades sanitarias para la ampliación del espacio físico necesario en relación a la demanda de salud existente en el cantón; este rubro se ha mantenido relativamente bajo, afectando de esta manera la calidad de los servicios ofrecidos a la población. Además es también responsabilidad del GAD Municipal del cantón Otavalo dotar de infraestructura necesaria para brindar servicios de salud de calidad a la población otavaleña.

4.2.3 Gasto en Capital

Según el Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos del Sector Público del Ecuador (2013:89), emitido por el Ministerio de Finanzas Públicas, el Gasto en Capital:

Son los gastos destinados a la adquisición de bienes de larga duración para uso institucional a nivel operativo y productivo; incluye las asignaciones destinadas a efectuar transacciones en títulos valores negociados en el mercado financiero. Están conformados por las asignaciones destinadas a la adquisición de bienes de larga duración, a realizar inversiones financieras y transferencias de capital.

De acuerdo al gráfico No. 31, el gasto en capital es el tercer rubro con mayor financiamiento (4% de participación del total de presupuesto asignado), correspondiente al grupo de bienes de larga duración destinado a la adquisición de bienes muebles e inmuebles, vehículos, maquinaria y equipo, terrenos, entre otros que son incorporados a la propiedad pública; este rubro presenta una tasa anual decreciente del 13,24% entre el 2008 y el 2012.

Cuadro No. 16
Distribución del Gasto en Capital del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo
(Montos en dólares)

Descripción Gasto en Capital	2008	2009	2010	2011	2012
Bienes de larga de duración	250110,64	118.373,44	288.774,98	285.737,00	122.946,65

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF.

Elaboración: Jessica Andrade P.

Es importante mencionar, que en el año 2011 el área de Salud No. 4 del cantón Otavalo adquirió un vehículo que tiene el objetivo de transportar a los funcionarios y mejorar el desempeño de sus labores en las distintas campañas de prevención de la salud ejecutadas en las comunidades y parroquias rurales del cantón Otavalo; además, se adquirió una ambulancia destinada a trasladar pacientes de los centros de atención primaria al Hospital “San Luis de Otavalo”, razón por el cual en el 2011 se solicitó un monto mayor de financiamiento para este rubro con relación al año 2012; véase cuadro No. 16.

4.3 Relación del Gasto en Salud con el Acceso a los servicios públicos en el cantón Otavalo

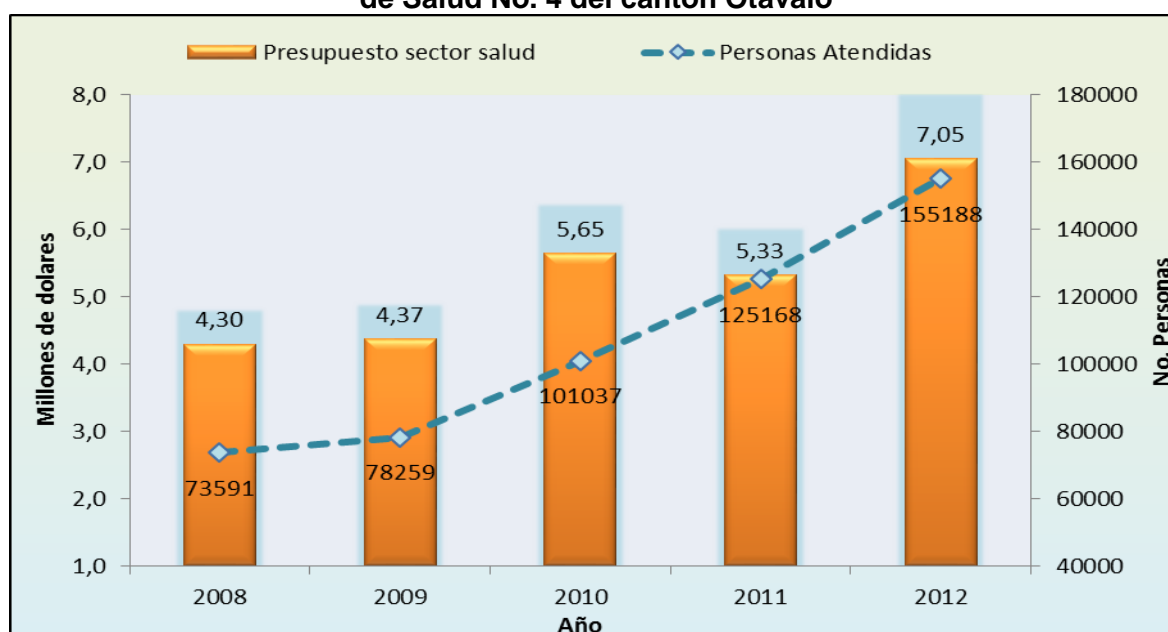
Dentro de este análisis es importante conocer la incidencia del presupuesto sobre el acceso a los servicios de salud pública ofertados en el cantón Otavalo, e identificar el nivel de satisfacción de las y los usuarios de salud respecto a los servicios recibidos, con el fin de establecer políticas de mejora en la atención al usuario brindada por el Área de Salud No. 4.

Cabe mencionar que para fines de este análisis se tomará el presupuesto asignado al MSP en el cantón Otavalo, suponiendo que los gastos directos e indirectos inciden directamente en los servicios de salud ofertados, y por ende en el número de pacientes atendidos anualmente. Además, la información total de pacientes atendidos por el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo corresponde a las personas atendidas tanto en los centros de salud pública como en programas de prevención de la salud realizados en comunidades,

parroquias, domicilios y establecimientos educativos del cantón (servicios preventivos y curativos).

El gráfico No. 35 muestra la evolución de la asignación presupuestaria y el total de personas atendidas desde el 2008 al 2012, donde el presupuesto asignado presenta una tasa de crecimiento anual de 10,42% y el personal atendido de 16,09%, evidenciando de esta manera una variación positiva en el comportamiento de estas dos variables a lo largo del periodo de estudio; sin embargo, se puede observar que en el 2012 el total de personas atendidas con relación al 2008 se incrementó en el 111%, lo que no ocurre con la asignación presupuestaria del mismo año ya que esta se incrementó tan solo en el 64%, dejando como resultado que el aumento de la asignación presupuestaria incrementa en más del 100% el número de beneficiarios de la salud.

Gráfico No. 35
Evolución del Presupuesto Público en Salud y Total de Personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ Estadísticas de Producción Anual Hospital San Luis de Otavalo

Elaboración: Jessica Andrade P.

Otra forma efectiva de conocer la incidencia del gasto en salud del cantón Otavalo sobre la cobertura que brinda a la población, es mediante un análisis econométrico que indique la causalidad de la variable independiente (gasto en salud) sobre la variable dependiente (número de personas atendidas), para esto se realizará la prueba de Causalidad de Granger¹⁵ con los datos obtenidos en el sistema E-SIGEF del Ministerio de Finanzas Publica (gasto público) y las estadísticas de personas atendidas en el Área de salud No. 4 del

¹⁵ Esta prueba econométrica consiste en comprobar si los resultados de una variable sirven para predecir a otra variable, si tiene carácter unidireccional o bidireccional. El test usa una serie histórica para comparar y deducir si el comportamiento de una serie A predice la conducta de una serie B. "Si ocurre el hecho, se dice que *el resultado A causa el resultado B*; el comportamiento es unidireccional. Si sucede lo explicado e igualmente *el resultado B predice el resultado A*, el comportamiento es bidireccional, entonces *el resultado A causa el resultado B*, y *el resultado B causa el resultado A*. (Granger, 1969)

cantón Otavalo; se tomarán datos trimestrales desde el 2008 al 2012, es decir 20 observaciones.

Como primer paso antes de realizar la prueba econométrica, se debe conocer la estacionariedad de las variables a ser utilizadas, pues en una investigación con series de tiempo las variables deben ser estacionarias, es decir su media, varianza y autocovarianza (en los diferentes rezagos) deben ser constantes en el tiempo sin importar el momento en el cual se miden (Gujarati, 2009: 740), estoy ayuda a que los resultados no presenten desviaciones. La prueba del Dickey Fuller Aumentado (ADF) se realizó con el fin de conocer la estacionariedad de la serie, conocida como prueba de raíz unitaria, donde: $H_0 = d=0$; $H_1 = d<0$, si $|t| > |t|$ se acepta H_0 y se dice que hay problemas de raíz unitaria y la serie es no estacionaria.

La prueba se realizó en el programa estadístico Eviews, véase anexo: A y B; obteniendo los resultados que se presentan la cuadro No. 17.

Cuadro No. 17
Prueba del Dickey Fuller aumentado (ADF) de raíz unitaria de las variables

Variables	Prueba del Dickey Fuller Aumentado (ADF)
Gasto Publico del Área de salud No. 4 del cantón Otavalo	-5,777215
No. Personas atendías en el Area de salud No. 4 del cantón Otavalo	-3,002225
Valores Críticos de Mackinnon	
1% level	-4,616209
5% level	-3,710482
10% level	-3,297799

Elaboración: Jessica Andrade P.

De acuerdo a los valores obtenidos en la prueba estadística del ADF y al compararlos con los valor críticos de Mackinnon, se afirma que la variable gasto público publico es estacionaria al Nivel con el 99% de nivel de confianza, y la variable No. Personas es estacionaria al Nivel con el 95% de nivel de confianza, con procesos integrados de orden 2, con esta prueba se cumple el requisito de estacionariedad de las variables para proceder a realizar la prueba de Causalidad de Granger, la misma que tuvo los siguientes resultados:

Grafico No: 36
Prueba de Causalidad de Granger entre las variables de estudio

Pairwise Granger Causality Tests			
Date: 05/29/14 Time: 21:29			
Sample: 2008Q1 2012Q4			
Lags: 2			
Null Hypothesis:	Obs	F-Statistic	Prob.
PERSONAS does not Granger Cause GASTO	18	1.87687	0.1923
GASTO does not Granger Cause PERSONAS		2.74939	0.1010

Elaboración: Jessica Andrade P.

De acuerdo al gráfico No. 36, la hipótesis nula establece que la variable “Gasto del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo (gasto) no causa “a la manera de Granger” la variable “No. Personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo (personas)”. Si como resultado de la prueba se obtiene un valor probabilístico “P” menor al nivel de significación de la prueba 10%, se rechazará la hipótesis nula”, por lo tanto, al rechazar la hipótesis nula con el 10,10% de probabilidad se dice que el Gasto en salud pública causa a la manera de Granger al No. Personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo.

Entonces el gasto afecta positivamente al No. Personas atendidas en el cantón Otavalo, razón por la cual en el periodo de estudio el gasto ha presentado un crecimiento del 68% en los montos asignados entre el año 2008 y 2012 con un aumento significativo de personas atendidas dentro y fuera de los centros de salud del cantón, incrementando el acceso a los servicios de salud pública.

Adicionalmente, se corrió una regresión simple con 20 observaciones de cada variable; véase anexo: C; con el fin de obtener el incremento de personas atendidas a causa del aumento del gasto en salud, al correr la regresión tenemos como resultado un coeficiente de determinación R^2 de 0,74 lo que significa que el número de pacientes atendidos esta explicado por el monto destinado a gasto en salud, debido a la aproximación del R^2 al valor de 1, de acuerdo a la regresión la variable dependiente (personas atendidas) esta explicada en un 74,65% por la variable independiente (gasto en salud).

Por otro lado, podemos deducir que de acuerdo al coeficiente del gasto en salud (0,020865) obtenida de la regresión, por cada 1000 dólares adicionales que se invierten en salud, el número de personas atendidas se incrementa en 24,71 en el cantón Otavalo; si este número lo llevamos a millones de dólares invertidos tendríamos que por cada millón de dólares adicionales destinado al gasto en salud el número de pacientes atendidos se incrementaría en 24.710 personas. Este análisis deja como resultado una relación directa entre el gasto asignado y el número de personas atendidas, es decir, a mayor gasto destinado al sector de la salud en el cantón Otavalo el número de personas atendidas aumenta significativamente, y por ende la cobertura de los servicios de salud pública se incrementa.

4.3.1 Gasto público per cápita asignado al sector salud del cantón Otavalo

Otra forma de conocer el presupuesto asignado al sector salud es mediante la interpretación del Gasto per cápita, que según la Organización Panamericana de Salud es el valor del gasto público asignado a cada habitante de una población en un periodo de tiempo, expresado en valores monetarios. Para el cálculo del gasto per cápita que se detalla en el cuadro No. 18, es importante determinar la población objetivo a la que se destina el gasto asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, con el fin de conocer el monto asignado por el Gobierno central al aseguramiento de la salud de cada uno de las y los ciudadanos.

Esta Área de salud no solamente atiende a la población asentada en el perímetro tanto urbano como rural del cantón Otavalo, sino que también presta atención a otras poblaciones aledañas que acuden a este centro de salud. De acuerdo a los registros de pacientes y a las estadísticas proporcionadas por el HSLO, el 89% de la población atendida tiene su domicilio en el cantón Otavalo, y el 11% restante tiene su domicilio en otros distritos urbano-rurales vecinos al cantón; a esta población para efectos de estudio de impacto social, la

denominaremos población flotante¹⁶ beneficiaria. Por lo tanto, la población flotante y la población objetivo del presente estudio fueron determinadas de la siguiente manera.

- $Población\ Flotante = Población\ Cantón\ Otavalo * \% Población\ Flotante$
- $Población\ Objetivo = Población\ Cantón\ Otavalo + Población\ Flotante$

Así, para el año 2012 la población objetivo del estudio es de 124.666 habitantes que es el resultado de la suma de 112.312 habitantes del cantón Otavalo; y, 12354 habitantes correspondientes al 11% de población atendida que no pertenece al cantón.

Cuadro No. 18
Gasto Público Per Cápita de salud de la Población Objetivo
(Montos en dólares)

Año	Gasto en Salud (dólares)	Población Otavalo (N° personas)	Población Objetivo (N° personas)	Inversión Per Cápita (dólares)
2008	4296432,08	90188	100108	42,92
2009	4369702,66	94233	104598	41,78
2010	5645257,07	104807	116335	48,53
2011	5327856,92	110608	122774	43,40
2012	7052579,92	112312	124666	56,57

Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ INEC (2011b); Municipio de Otavalo (2011)
Elaboración: Jessica Andrade P.

En el cuadro No. 18 se puede apreciar los montos correspondientes al gasto público per cápita para la población objetivo, mismos que ha experimentado una variación anual de 5,68%, siendo el monto más bajo 41,78 dólares correspondiente al 2009 y el monto más alto se dio en el 2012 con 56,57 dólares invertidos por habitante, es decir el gasto per cápita experimentó un crecimiento del 30% del 2007 al 2012.

Estos resultados dejan como evidencia que cada habitante de la población objetivo tiene asegurado en promedio 46,64 dólares anuales destinados a cubrir las necesidades de salud; presupuesto asignado por el Estado para garantizar el derecho al acceso universal a los servicios de salud pública y a la vez asegure el buen vivir e impulse el desarrollo humano sostenible y el crecimiento económico de los pueblos y nacionalidades del Ecuador a través del mejoramiento del sistema nacional de salud.

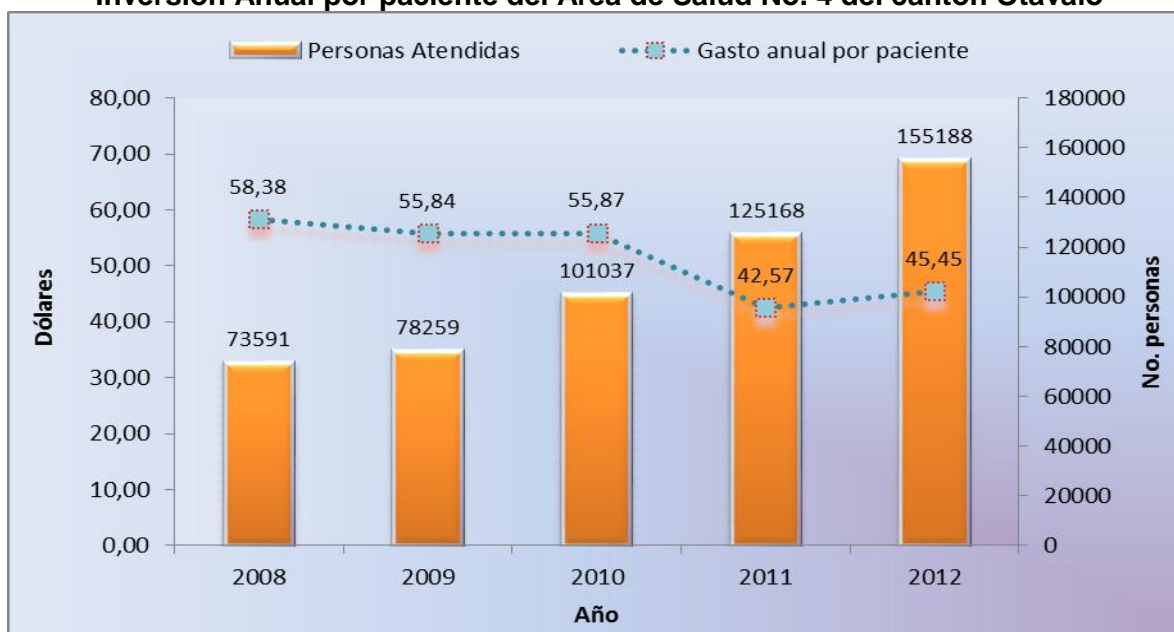
4.3.2 Gasto Anual por paciente del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo

Uno de los objetivos priorizados del MSP en los últimos años, ha sido incrementar la cobertura de los servicios públicos de salud dirigidos en su mayoría a grupos de atención prioritaria, tanto para consultas preventivas y curativas dentro y fuera de las instituciones de salud, resultados que permitan reducir la brecha de acceso universal de salud.

¹⁶La población flotante es aquella que tiene alto un grado de movilidad geográfica y no se encuentran el censo de población oficial de ese lugar; es decir, está parte de la población acude a un lugar determinado por un periodo corto de tiempo en busca de bienes y servicios que no lo encuentran en su lugar de residencia. (Panala, 2010)

En el gráfico No. 37 se presenta la inversión anual por paciente, donde el total de personas atendidas en el Área de salud N° 4 del cantón Otavalo presenta una tendencia positiva en el periodo de estudio, con una tasa de crecimiento anual de 16,09%, pues en el 2008 se atendieron a 73.591 personas y en el 2012 a 155.188, es decir en 5 años se duplicó la producción de salud, lo que no ocurre con el gasto público por paciente pues éste presenta una tasa decreciente anual del 22%, es decir en el 2008 se invertía 58,38 dólares por persona atendida y en el 2012 disminuyó a 45,45 dólares.

Gráfico No. 37
Inversión Anual por paciente del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ Hospital San Luis de Otavalo-Estadísticas de Producción Anual.

Elaboración: Jessica Andrade P.

Estos resultados indican que en los 5 años de estudio la eficiencia de la gestión administrativa de las autoridades sanitarias del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo ha aumentado significativamente, ya que desde el 2007 el gasto por paciente atendido ha disminuido en casi 13 dólares para el año 2012, este ahorro ha permitido aumentar el número de consultas en los establecimientos de salud y los programas de inversión destinados al aseguramiento de la salud, incrementando de esta manera el número de personas beneficiarias de los servicios de salud pública.

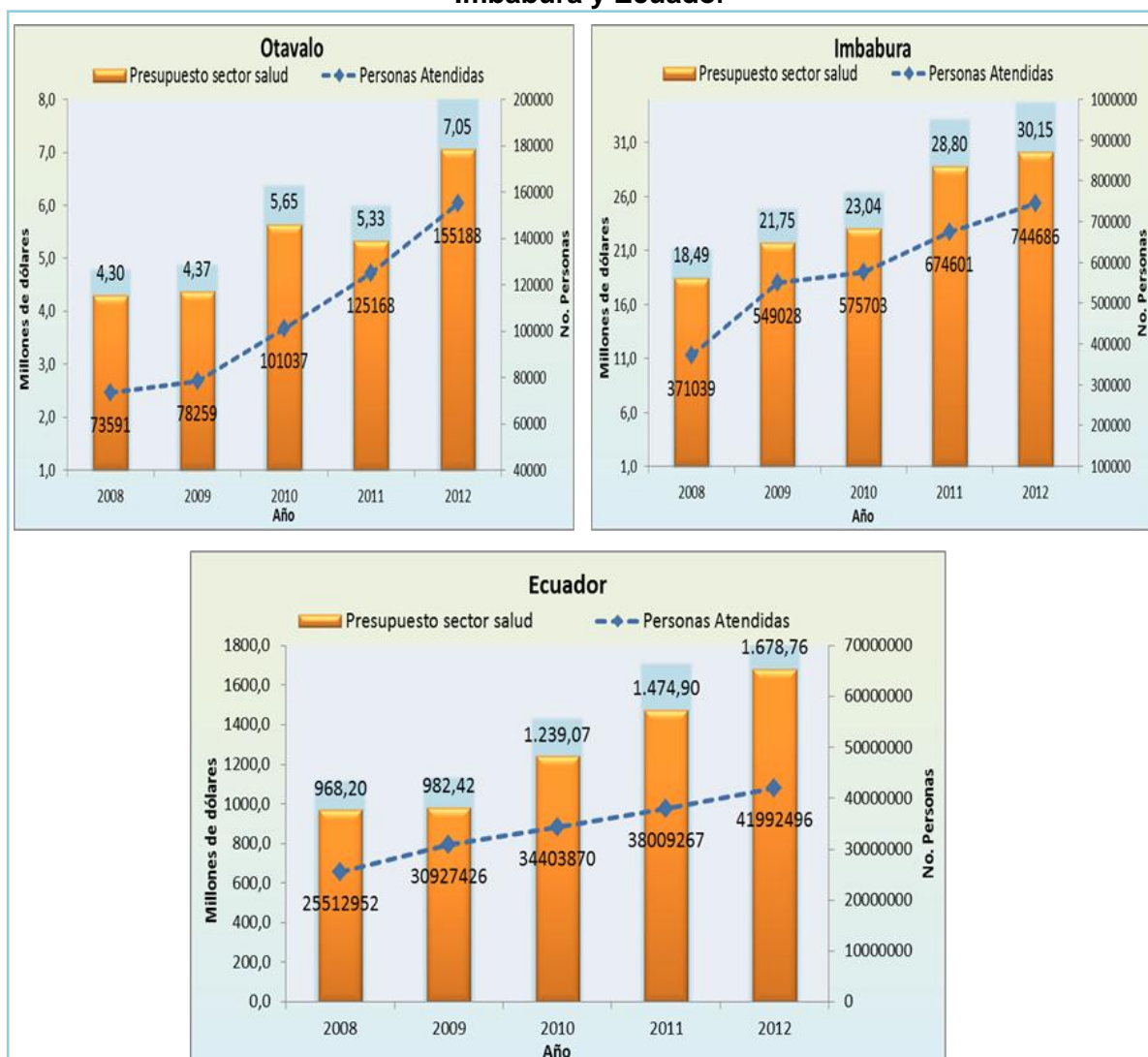
4.3.3 Comparación del Gasto Público asignado al cantón Otavalo con la Provincia de Imbabura y Ecuador

Dentro de este análisis es importante comparar el gasto en salud del cantón Otavalo con el presupuesto asignado tanto a la provincia de Imbabura como en el Ecuador, con el fin de conocer la incidencia del gasto sobre la cobertura de los servicios públicos de salud a nivel cantonal, provincial y nacional. Cabe mencionar que Otavalo es el segundo cantón más poblado de la provincia de Imbabura.

En el gráfico No. 38 se observa una tendencia creciente entre el gasto y el número de personas atendidas en los tres elementos de comparación. El presupuesto asignado al

sector salud en el cantón Otavalo representa aproximadamente el 22% del presupuesto asignado a la provincia de Imbabura y apenas el 0,4% del presupuesto asignado a nivel nacional. En lo referente a la cobertura en el cantón Otavalo representa aproximadamente el 18% del total de personas atendidas en Imbabura y el 0,3% a nivel nacional.

Gráfico No. 38
Evolución del presupuesto público en salud y personas atendidas en Otavalo, Imbabura y Ecuador



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ Hospital San Luis de Otavalo-Estadísticas de Producción Anual/ Coordinación Zonal de Salud No.1 (2013)

Elaboración: Jessica Andrade P.

Por lo antes expuesto, se puede evidenciar que la distribución del presupuesto asignado al sector salud dentro de la provincia muestra ciertas inequidades, pues el presupuesto asignado al cantón Otavalo presenta un aumento del 4% en relación al total de personas que deberían ser atendidas con el presupuesto asignado a esta área de salud y por ende se puede deducir que existen otras áreas de salud dentro de la provincia que atienden a un mayor número de personas con una menor asignación presupuestaria. A nivel nacional el porcentaje de participación tanto del presupuesto (0,4%) como del número de personas atendidas (0,3%) mantiene una relación casi equitativa.

4.3.4 Gasto Público per cápita: Otavalo, Imbabura y Ecuador

Dentro de la evolución correspondiente al gasto público per cápita observado en el gráfico No. 39, cada habitante de la población de Otavalo en el 2008 tuvo asegurado 47,6 dólares para gastos en salud provenientes desde el PGE; 0,40 centavos menos que lo asignado a la provincia de Imbabura y 21,9 dólares menos correspondientes al gasto per cápita en salud que el Ecuador debería asegurar a cada uno de sus habitantes. El aseguramiento de la salud es una de las principales políticas establecidas por el MSP del Ecuador con el fin de mejorar las condiciones de vida de cada miembro de la población; para su cumplimiento, desde el 2008 se ha destinado mayores recursos al sistema nacional de salud con el propósito de mejorar el acceso a los servicios de salud pública.

Es así que, en el 2012 la población del cantón Otavalo tuvo asegurado 62,8 dólares de gasto per cápita en salud; 7,9 dólares menos que lo destinado a la provincia de Imbabura y 45,4 dólares menos de lo que el Ecuador debería ofrecer a cada uno de los habitantes para gastos en salud; el decir el MSP tan solo asegura el 58% del gasto per cápita que debería recibir cada habitante de la población otavaleña. Estos resultados evidencian la inequitativa distribución de los recursos destinados al sector de la salud tanto al cantón Otavalo como a la Provincia de Imbabura, pues cada habitante cuenta con un gasto per cápita inferior al que deberían acceder como ecuatorianos.

Gráfico No. 39
Evolución Gasto Público Per cápita en Otavalo, Imbabura y Ecuador



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ Hospital San Luis de Otavalo-Estadísticas de Producción Anual/Coordinación Zonal de Salud No.1 (2013)

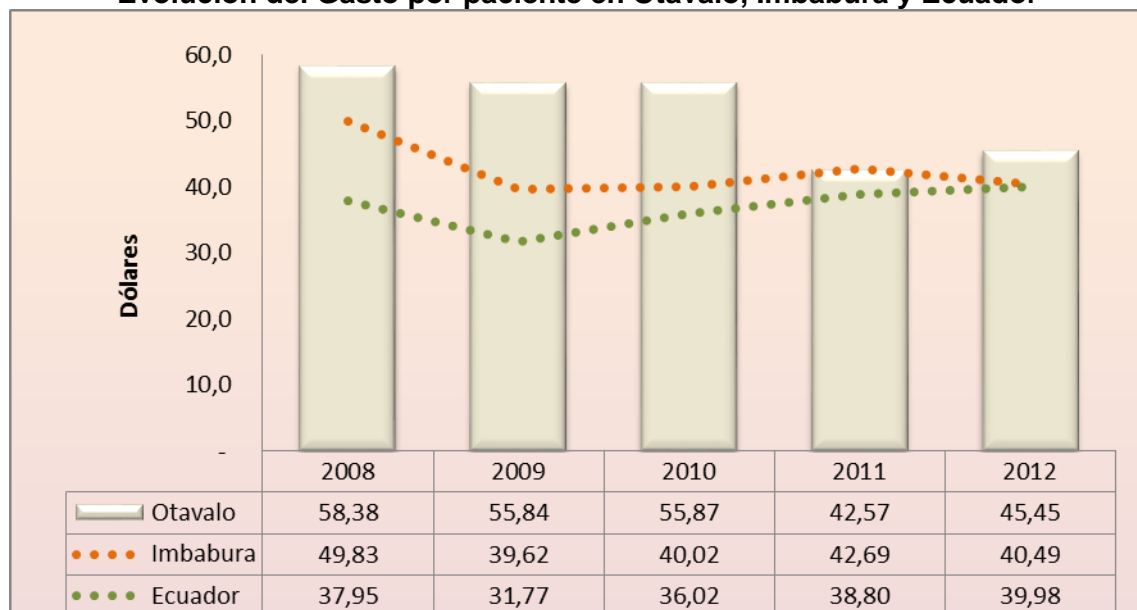
Elaboración: Jessica Andrade P.

Por otro lado cabe mencionar, que según las Estadísticas Sanitarias Mundiales del 2012 publicadas por la Organización Mundial de Salud, el Ecuador presenta un gasto per cápita en salud inferior al promedio asignado en América latina de aproximadamente 400 dólares, y aún más bajo que el de los países desarrollados donde el gasto per cápita supera los 1000 dólares por habitante, por lo tanto el acceso y la calidad de los servicios de salud en estos países cubren sus necesidades; lo que no sucede en el Ecuador donde las necesidades de salud se evidencia claramente en el desarrollo económico y social de la población.

4.3.5 Gasto anual por paciente: Otavalo, Imbabura y Ecuador

La inversión por paciente en el cantón Otavalo ha disminuido de 58,38 dólares a 45,45 dólares desde el año 2008 al 2012; véase gráfico No. 40; debido a la eficiencia administrativa de los recursos públicos de salud por parte de las autoridades sanitarias. A pesar de esta disminución el valor asignado a cada paciente sigue siendo un valor mayor comparado con la provincia de Imbabura, donde la inversión por paciente fue de 40,49 dólares en el 2012, por lo tanto, existen otras áreas de salud dentro de la provincia que presentan un gasto menor en la atención de cada paciente, pues el ahorro de 4,96 dólares por paciente permite al presupuesto asignado cubrir un mayor número de personas y aumentar de esta manera la cobertura de los servicios públicos de salud en la provincia de Imbabura. El gasto por paciente en el Ecuador presenta una tendencia similar con el de la provincia de Imbabura, pues por cada persona atendida se destina un gasto aproximado de 39,98 dólares, la diferencia del comportamiento de esta variable a nivel nacional es que desde el año 2008 al 2012 el gasto por paciente a nivel nacional ha aumentado en un 5%, lo que no sucede en la provincia de Imbabura y el cantón Otavalo pues el gasto por persona atendida ha disminuido significativamente entre el 23% y el 28% respectivamente.

Gráfico No. 40
Evolución del Gasto por paciente en Otavalo, Imbabura y Ecuador



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo, Dirección Financiera (2013) Reporte de ejecución de Gastos, periodo 2008-2012/ Ministerio de Finanzas Públicas-E-SIGEF/ Hospital San Luis de Otavalo-Estadísticas de Producción Anual/ Coordinación Zonal de Salud No.1 (2013)

Elaboración: Jessica Andrade P.

La disminución del gasto por paciente que presenta el área de Salud No. 4 del cantón Otavalo a partir del año 2008, muestra la eficiencia de la gestión del gasto público con el cumplimiento de los objetivos sociales del Plan Nacional del Buen Vivir acerca del mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, objetivos alcanzados mediante la atención con enfoque intercultural y de género que promueve el acceso a los servicios de salud y por ende el desarrollo de la población.

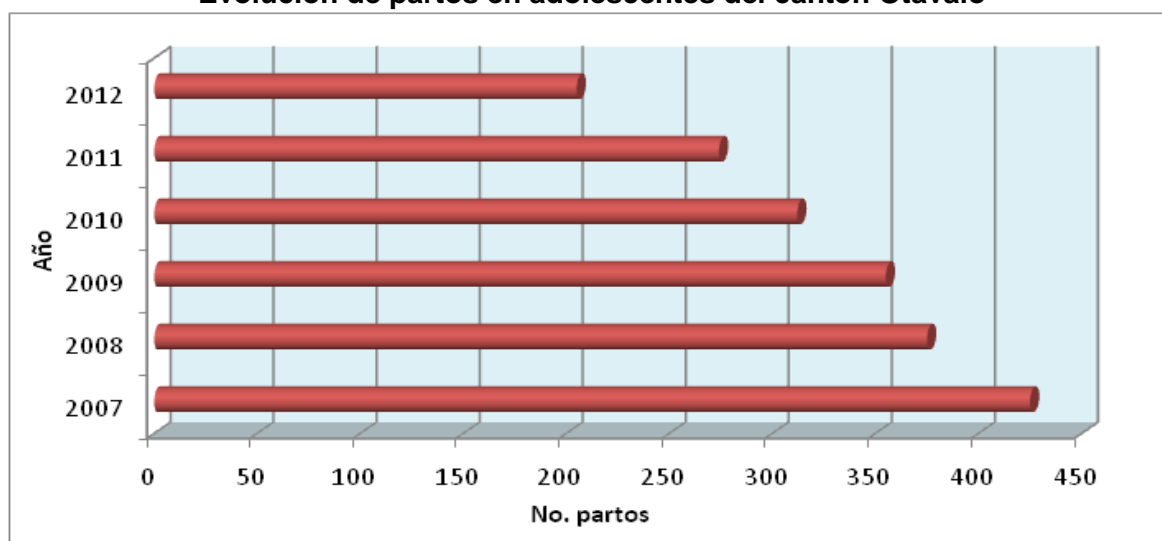
Además, esta disminución ha permitido aumentar el número de pacientes atendidos dentro y fuera de los establecimientos de salud, en los reportes de gastos de esta área de salud se

puede observar que en el manejo de los recursos públicos ha existido un porcentaje de ahorro que ha ido evolucionando positivamente debido a la disminución de los costos de producción y al manejo eficiente de los recursos médicos; según entrevistas realizadas a los funcionarios del HSLO este ahorro se ha direccionado de manera eficiente a la adquisición de materiales, equipos e insumos necesarios para mejorar los servicios brindados y ha permitido la creación de nuevos proyectos de inclusión social dirigidos a grupos vulnerables y de atención prioritaria. Sin embargo en el cantón aún existen necesidades que deberán ser cubiertas a lo largo del tiempo.

Estos programas de salud ejecutados en el cantón Otavalo han dejado consecuencias positivas en la calidad de vida de la población, el resultado más importante se evidencia en la disminución de la muerte materna y neonatal que en años anteriores fue uno de los problema de salud más grave que experimentaba el cantón, registrándose hasta 10 casos de muerte materna anualmente desde el 2001 al 2006; el escenario empezó a cambiar a partir del 2008, año en que se construyó la Casa Materna en el HSLO, aumentando de esta manera el número de mujeres atendidas por primera vez en este establecimiento de salud y disminuyendo a la vez la tasa de muerte materna, llegando incluso en el 2009 a no registrarse casos; ya que las mujeres en proceso de embarazo, parto y postparto presentan en la actualidad una posibilidad mayor de acceder a los servicios de salud pública. (HSLO, 2013a)

Dentro de estos avances se ha destacado las campañas sociales de salud que promueven la disminución de embarazos adolescentes no planificados; programas ejecutados en su mayoría en establecimientos de educación secundaria del cantón, debido a que aproximadamente el 20% de los partos registrados en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo son de mujeres en una rango de edad de 12 a 18 años, preferentemente mujeres indígenas. No obstante, a partir del 2009 se redujeron los partos registrados de este grupo de habitantes en los centros de salud pública, debido a la concientización que estas campañas traen a la población; en el gráfico No. 41 se evidencia claramente que el número de partos en adolescentes disminuyó en un 52% desde el 2007 al 2012.

Gráfico No. 41
Evolución de partos en adolescentes del cantón Otavalo



Fuente: Hospital San Luis de Otavalo-Estadísticas de Producción Anual
Elaboración: Jessica Andrade P.

4.4 Relación del Gasto en Salud del cantón Otavalo con la calidad de los servicios públicos

Según señala Donabedian la calidad en los servicios de salud se definen:

Como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica, con los menores riesgos para el paciente. Los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes. La calidad implica, por definición, los resultados de la atención, medida como la mejoría esperada en la salud, que es atribuible a la atención misma. (Donabedian, 1980, citado en León, 2011:47).

La calidad de los servicios de salud pública es uno de los factores más importantes que impulsa el desarrollo del sistema nacional de salud y aumenta la equidad de la atención en los centros de salud; en años pasados el Ecuador ha presentado niveles bajos de satisfacción de las y los usuarios acerca de la atención recibida, en gran parte se debió al descuido del sector de la salud por parte de las autoridades; pues la calidad de los servicios de salud se concentra especialmente en las responsabilidades administrativas de cada uno de los centros de salud. (Juran J. 1980, citado en William, s.f.:5).

A partir del 2008 el gobierno central vio la necesidad de aumentar el gasto social (educación y salud) y la eficiencia del mismo, con el fin de brindar a un número mayor de personas un servicio de salud de calidad que cubra sus necesidades y mejore su modo de vida; para esto el Ministerio de Salud promovió el programa “Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad” en los centros de salud pública, el programa plantea estrategias para el fortalecimiento de los establecimientos de salud que mejoren la atención al usuario, basado en 4 ejes fundamentales del servicio de calidad, tales como: el fortalecimiento de los espacios físicos, recursos humanos, sistemas informáticos y modelos de gestión administrativos para la toma de decisiones, ejes establecidos con el fin de promover el manejo eficiente de los recursos asignado. (MSP, Programas y Servicios 2013)

En el cantón Otavalo se han destinado importantes recursos en el desarrollo de los servicios públicos de salud, los cuales han hecho que la cobertura aumente significativa y por ende la confianza de las y los usuarios en los servicios ofrecidos por el área de salud No. 4. Sin embargo, es importante analizar el nivel de satisfacción de los usuarios respecto a las expectativas de los servicios públicos de salud recibidos, mismo que constituye un instrumento de medida de la calidad de la atención sanitaria que brinda este centro de salud a la población; y tiene el fin de evaluar fundamentalmente el impacto de las decisiones administrativas en el mejoramiento de la producción de servicios de salud y en la optimización de los recursos utilizados en los procesos sanitarios. Para obtener la información deseada se ha aplicado una encuesta a las personas que han sido atendidas en las diferentes áreas de salud que ofrece el Hospital “San Luis de Otavalo” denominada “Satisfacción al Usuario de los Servicios de Salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”.

4.4.1 Determinación del Tamaño de la Muestra

Para conocer el nivel de satisfacción de las y los usuarios de salud se realizó en primera instancia la determinación de la muestra que indica el número de pacientes a ser

encuestados y las características del conjunto muestral; para esto es importante conocer el tamaño adecuado y los factores que podrían influir en los resultados de la muestra, con el fin de obtener resultados confiables que indiquen la situación real de los servicios de salud y evitar desviaciones en la información levantada.

El universo que determinó la muestra a ser encuestada para el estudio está compuesto por la población otavaleña, más la población flotante que tienen la posibilidad de acceder a los servicios, en capítulos anteriores la hemos denominado *Población Objetivo*. Según estadísticas del HSLO el 89% de la población atendida pertenecen al cantón Otavalo y el 11% restante proviene de otras zonas aledañas al cantón; sin embargo para efectos de la investigación se tomaron el dato estadístico poblacional del último año de estudio (2012) con el fin de obtener una muestra representativa que arroje resultados reales.

Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente ecuación:

$$n = \frac{k^2 * N * p * q}{(N - 1)d^2 + k^2(p * q)}$$

Dónde:

N: es igual al tamaño del universo → Población Otavaleña 2012 (112.312) + Población Flotante (112.312*0.11%) = 124.666

k: es el número de unidades de desviación típica en la distribución normal que producirá el grado deseado de confianza → 1.9599 para un nivel de confianza de 95% utilizado para datos económicos.

P: es el porcentaje de la población que posee las características de interés → 50% como valor estándar

q: probabilidad de fracaso 1-p = 50%

d: es el margen de error que se está dispuesto a aceptar en el nivel de confianza propuesto → 5% para datos económicos.

Remplazando:

$$n = \frac{(1.9599)^2(124.666)(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(124.666 - 1) + (1.9599)^2(0.5)(0.5)} = 382.98$$

$$n \approx 383 \text{ personas encuestadas}$$

Para garantizar los resultados del estudio mediante un marco muestral adecuado que tenga significancia estadística, la muestra debe estar conformado por al **menos 383 personas** que fueron atendidas en el Área de salud No. 4 del cantón Otavalo.

4.4.2 Diseño del Instrumento

Una vez obtenido el tamaño muestral para la investigación, se procedió a realizar el diseño del instrumento a ser utilizado, para efectos del estudio se aplicó una “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo” que recibieron atención médica; el levantamiento de la información se lo realizó en las afueras

de este centro de salud, con el fin de aplicar la encuesta a usuarios directos, es decir, pacientes que hayan sido atendidos en el momento del levantamiento de la información o en base a sus experiencias pasadas.

Para la elaboración de la encuesta se tomó como referencia otras encuestas aplicadas en entidades de salud; tales como: la “Encuestas satisfacción de usuarios del servicio de urgencias” realizado por el Instituto de Ciencias de la Salud (CES) de Colombia en 2007 y la “Encuesta de Satisfacción al usuario Externo” realizado por el Ministerio de Salud de Perú en 2012. Adicionalmente, se utilizó otras investigaciones con el fin de conocer los criterios de evaluación necesarios para determinar el nivel de satisfacción del usuario; dentro de estas investigaciones tenemos: el Boletín de la Organización Mundial de la Salud denominado “Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes” publicada en 2009b, el “Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud-2005” realizado por el Ministerio de Salud de Chile, entre otros estudios que ayudaron a la recopilación de información para la elaboración de una encuesta que contenga los criterios de evaluación adecuados.

La encuesta posee 2 tipos de preguntas: unas cerradas que brindan el nivel de satisfacción de cada criterio de evaluación compuesta en su mayoría por una escala de 5 opciones (nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre o muy malo, malo, ni bueno ni malo, bueno, y muy buen según sea el caso); y otras abiertas que indican el porqué de las respuestas de los usuarios. (Véase Anexo A: “Encuesta de satisfacción al usuario de los servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”)

Dentro de la encuesta se han clasificados parámetros que se detallan a continuación:

- *Datos Generales del Usuario.*- dentro de este parámetro se busca identificar al usuario de la salud mediante datos como: sexo, edad, idioma, lugar de residencia, autoidentificación y nivel de instrucción.
- *Tipo de Servicio.*- se quiere identificar el tipo de servicio que el usuario recibió, y el tiempo de espera para ser atendido.
- *Infraestructura y equipos utilizados en la consulta médica.*- indica el nivel de satisfacción del paciente respecto a la infraestructura (habitaciones/consultorios, pasillos, sala de espera, servicios higiénicos, equipamiento, limpieza y señalética) de los centros de salud y los materiales y equipos utilizados en el momento de la consulta.
- *Recursos Humanos.*-evalúa el nivel de satisfacción respecto al desempeño y la actitud del personal médico, de enfermería y administrativo en todo el proceso de atención al paciente.
- *Aspectos Generales.*- muestra algunos criterios a nivel general acerca de la gestión y desempeño del Área de Salud No. 4 del cantón.

De esta manera el diseño de la encuesta está conformado por 36 preguntas, las cuales determinan la calidad de los servicios ofrecidos por esta área de salud a la población.

4.4.3 Procesamiento de la Información

Para obtener un procesamiento eficiente fue necesaria la asignación de códigos numéricos a la información levantada con el objetivo de descomponer los datos y agruparlos en

distintas categorías, propiedades, temas o grupos que le den a la información cierta unidad significativa. (Acevedo, 2011). Dado que dentro de las encuestas hay preguntas abiertas en las cuales las alternativas de respuesta no están impresas en los cuestionarios, la codificación simbolizará lo escrito; y para las preguntas cerradas, es decir, cuyas alternativas de respuesta están impresas en los cuestionarios, se identificará cada una de ellas con un número o código.

Una vez validada la información levantada en cada una de las encuestas se procedió a tabular y procesar las respuestas en el programa Excel mediante una plantilla de digitación que contiene cada pregunta del formulario, con el fin de obtener la base de datos deseada, la cual permita realizar el análisis correspondiente a la satisfacción de las y los usuarios respecto a los servicios de salud; misma que se detalla en la siguiente parte de la investigación.

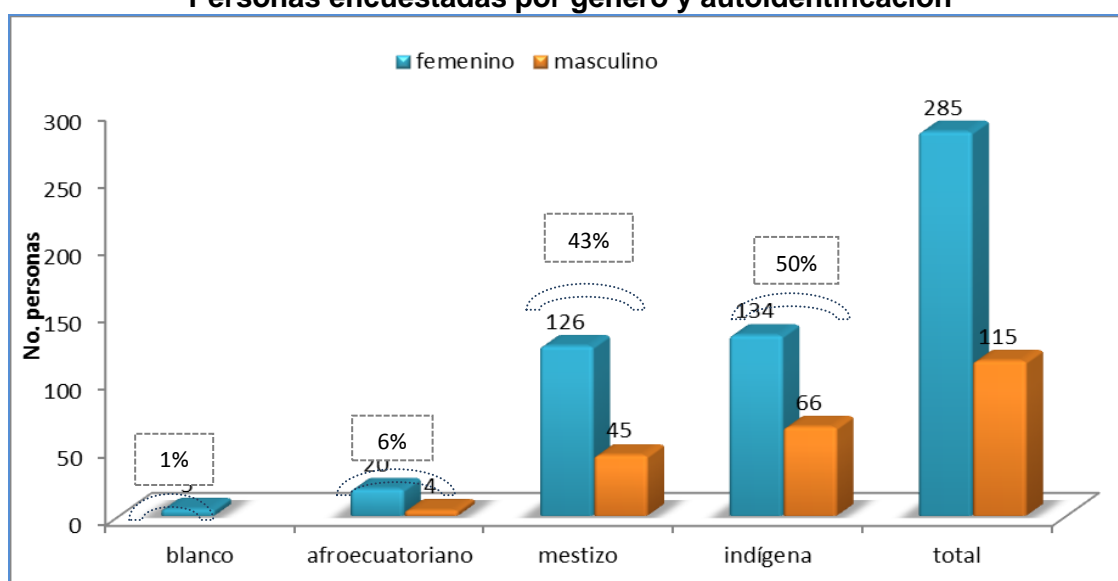
4.4.4 Resultados:

En el proceso de levantamiento de la información se encuestó a 400 usuarios de los servicios del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, por lo tanto se obtuvo 17 encuestas más de las establecidas en la muestra; asegurando de esta manera los resultados obtenidos en el levantamiento y la significancia estadística dentro del marco muestral. Una vez digitada la información levantada, a continuación se presenta los resultados obtenidos para cada uno de los parámetros de evaluación de la encuesta.

Datos generales de las y los usuarios

En la muestra total se encuestaron a 285 mujeres y 115 hombres que fueron atendidos en los centros de salud pública del cantón; véase gráfico No. 42; en su mayoría pertenecen a la autoidentificación indígena (50%) y mestizo (43%), seguido por un porcentaje menor de afroecuatorianos (6%) y blancos (1%); situación que presenta una relación directa con los registros anuales de pacientes del área de salud No. 4 de cantón Otavalo.

Gráfico No. 42
Personas encuestadas por género y autoidentificación



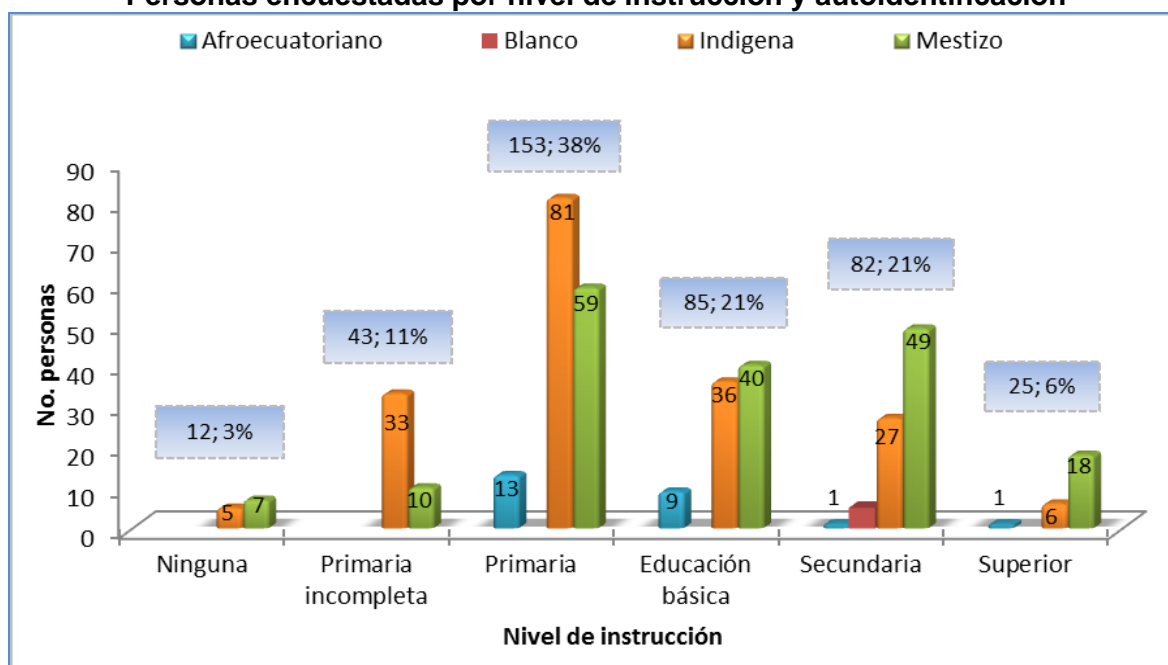
Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - "Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo"

Para la identificación de la edad de los encuestados se dividió en grupos etarios de acuerdo a la clasificación del ciclo de vida del Plan Nacional del Buen Vivir del Ecuador; donde se observa que los grupos con mayor participación dentro de la muestra corresponden a las personas con edad de 29 a 64 años (329 encuestados), seguida por el grupo de 18 a 29 años (56 encuestados); manteniendo un edad promedio del total de participantes de 43 años.

Por otro lado, se preguntó a las personas encuestadas su lugar de residencia donde se observó que: el 92% (368 encuestados) pertenecen al cantón Otavalo y el 8% (32) restante de encuestados pertenece a otros cantones aledaños como: Cayambe, Antonio Ante, Cotacachi e Ibarra, pacientes que se benefician de los recursos destinados al Área de salud No. 4 del cantón Otavalo, debido al derecho universal de salud para la población ecuatoriana.

El nivel de instrucción de las y los beneficiarios encuestados se centra en educación “Primaria” (38% de los encuestados) mayoritariamente en personas con autoidentificación indígena, seguida por usuarios que han terminado la “educación básica” (21%) y la “secundaria” (21%); el 14% de los pacientes encuestados poseen primaria incompleta e incluso ningún nivel de instrucción lo que dificultó el levantamiento de la información; y tan solo el 6% restante afirmó haber cursado un nivel superior de educación correspondiente a la población mestiza que acude al centro de salud. Cabe mencionar, que según la información levantada la población mestiza posee un mejor nivel de instrucción que la población indígena en el cantón Otavalo; véase gráfico No. 43.

Gráfico No. 43
Personas encuestadas por nivel de instrucción y autoidentificación



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

La suma de todos los valores porcentuales mencionados en cada una de las variables de la encuesta representa la totalidad de la muestra requerida para el estudio, es decir 400 usuarios de los servicios de salud encuestados.

Tipo de servicios de salud

De acuerdo a la información levantada los servicios más demandados por la población son: gineco-obstetricia (17%), traumatología (16%), medicina general (15%), medicina interna (13%), pediatría (13%), cirugía (11%), odontología (8%) y oftalmología (8%).

Para solicitar un turno en los centros de salud pública del cantón Otavalo las y los usuarios deben esperar largas filas para poder ser atendidos por el especialista solicitado, razón por la cual el 53% de los encuestados manifestaron que solo “a veces” encuentran turnos disponibles y que el proceso de asignación de turnos presenta grandes dificultades, seguido por el 29% que indico que “casi siempre” puede ser atendida por su especialista pero que debe madrugar y esperar un largo tiempo para no perder su turno; y tan solo el 3% manifestó que “siempre” han atendido su necesidad de salud.

Cabe mencionar que el 15% restante de encuestados dijo que “casi nunca” existen turnos disponibles, según lo manifestado por los pacientes en las encuestas, esto se debe principalmente a que la demanda de los servicios de salud ha crecido en un porcentaje mayor que el número de médicos y especialistas existentes en estos centros; véase gráfico No. 44.

Gráfico No. 44
Disponibilidad de Turnos en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - "Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo"

Dentro de este parámetro de evaluación también se preguntó si las consultas médicas se realizaron en los horarios estipulados, y cuál fue su tiempo de espera. Donde el 18% manifestó que “casi nunca” son atendidos por los especialistas en los horarios establecidos

y que experimenta un retraso de más de 90 minutos; la mayor parte de los encuestados (50%) indicaron que solo “a veces” sus consultas médicas son atendidas a tiempo y que estas presentan un retraso de 31 a 75 minutos.

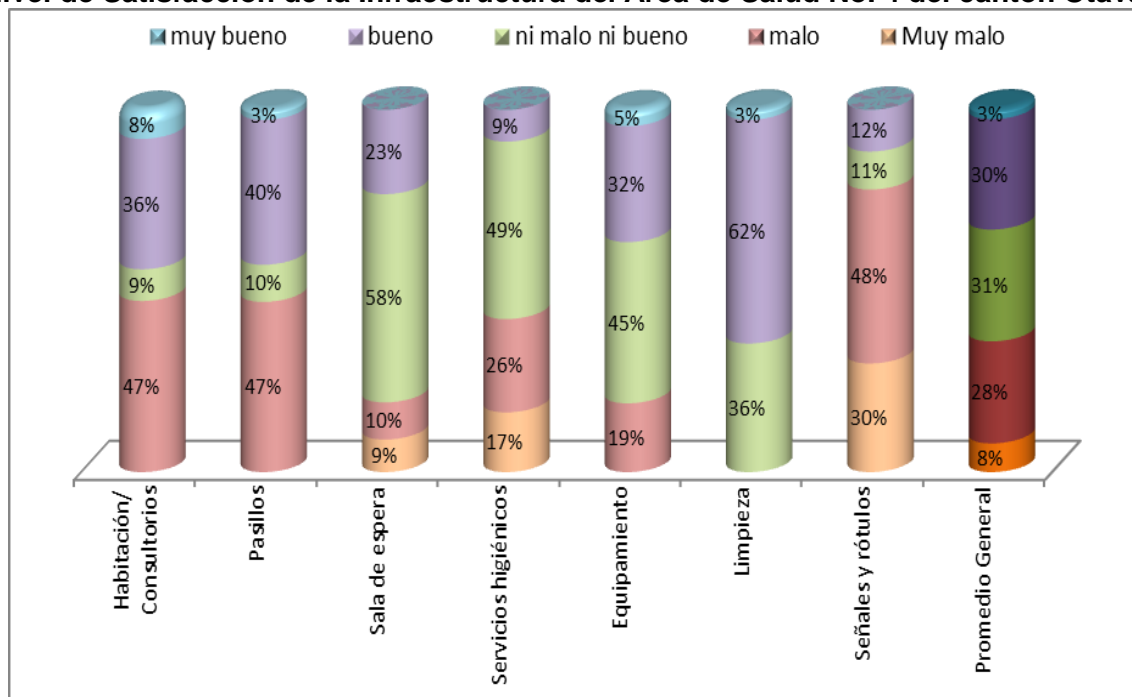
A pesar de estos inconvenientes, una parte de los encuestados calificaron positivamente a este criterio (correspondiente al 30% de los encuestados) pues manifestaron que “casi siempre” el establecimiento de salud cumple con los horarios de atención establecidos en la asignación del turno y que solo en ocasiones las consultas médicas presentan un retraso de 5 a 30 minutos. Cabe resaltar que únicamente el 3% de los encuestados dijeron que “siempre” que asisten a una consulta médica se respeta el horario establecido de atención.

El prolongado tiempo de espera se debe principalmente a las siguientes causas detectadas en el levantamiento de la información: número de pacientes asignados a un médico/especialista por día, deficiencia administrativa en la programación de citas médicas y a la carencia de un sistema informático eficiente que permita sistematizar la asignación de turnos.

Infraestructura y equipos utilizados en la consulta

Para una mejor evaluación del aprendizaje se ha dividido a este criterio en dos partes: una referente a la Infraestructura, es decir, la evaluación a las condiciones de las habitaciones/consultorios, pasillos, sala de espera, equipamiento entre otros donde los beneficiarios recibieron los servicios de salud; y la otra parte respecto a los materiales, equipos e insumos que utiliza el personal del centro de salud para brindar los servicios a los pacientes y facilitar su proceso.

Gráfico No. 45
Nivel de Satisfacción de la Infraestructura del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

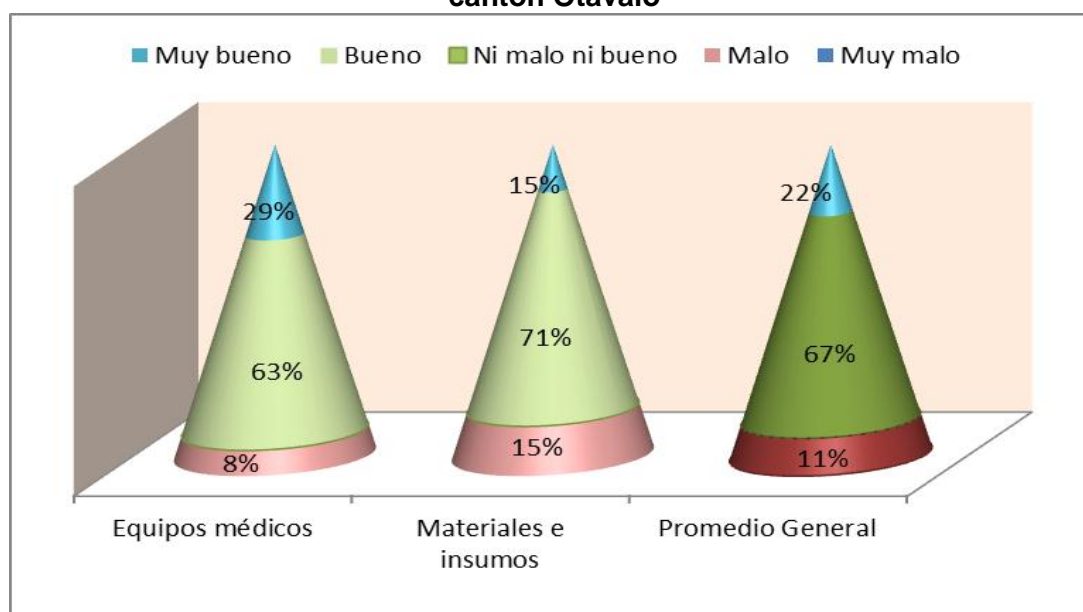
Según las respuestas proporcionadas por las y los usuarios; véase gráfico No. 45; el nivel de satisfacción de la infraestructura fue calificado por el 36% de los encuestados entre “Muy Malo” y “Malo” debido principalmente al mal estado de los servicios higiénico, a la falta de señalética adecuada y a la congestión y desorganización en la sala de espera ya que el espacio destinado es insuficiente en relación con el número de personas que demandan los servicios de salud; el 31% calificó a este criterio como “ni malo ni bueno” ya que consideran que este criterio no afecta directamente la calidad de los servicios de salud.

El 33% restante de los encuestados señalaron que la infraestructura donde reciben los servicios de salud se encontraba en un rango de “Bueno” y “Muy Bueno” debido al mejoramiento de los espacios destinados para las habitaciones, consultorios y pasillos de los centros de salud; y a la política de externalización de los servicios de limpieza y guardianía en los centros de salud pública, lo cual ha fomentado servicios de salud con mayor eficiencia y calidad.

Cabe mencionar que dentro de este parámetro de evaluación los pacientes encuestados manifestaron la necesidad de implementar el equipamiento como sillas, camas, camillas entre otros, con el fin de mejorar los servicios de salud ofrecidos especialmente en el HSLO.

En términos generales, los equipos, materiales e insumos utilizados en el proceso de los servicios de salud; véase gráfico No.46; tienen un nivel de satisfacción medianamente alto ya que el 89% de los pacientes calificaron a este criterio en un rango de “Bueno” y “Muy Bueno”, ya que a partir del 2008 el área de salud No. 4 del cantón Otavalo ha destinado importantes recursos para adquisición de nuevos equipos tecnológicos necesarios para brindar un mejor servicio de salud.

Gráfico No. 46
Nivel de Satisfacción de los equipos, materiales e insumos del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

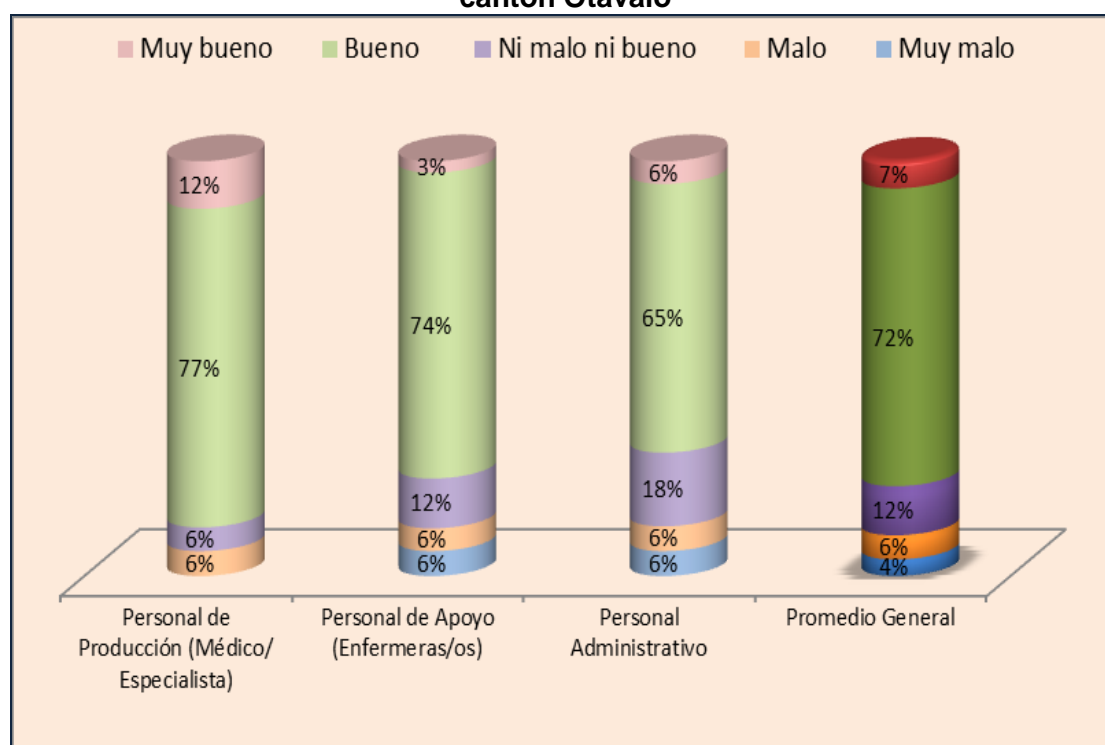
Sin embargo el 11% restante calificó a este criterio como “malo” ya que la dotación de los insumos y medicamentos según el tipo de patología es insuficiente debido a la gran demanda de servicios de salud.

Recursos Humanos

Dentro de la encuesta aplicada se evaluó el nivel de satisfacción de las y los usuarios respecto al personal (medico, de apoyo y administrativo) que atendió su requerimiento de salud; véase gráfico No. 47; donde, el 10% de encuestados calificó a este criterio en un rango de “muy malo” a “malo” debido a la empatía de ciertos funcionarios tanto del personal de enfermería como del personal administrativo. El 12% mostró indiferencia (ni malo, ni bueno) al momento de evaluar la gestión del personal que lo atendió.

Es importante mencionar que el 79% de los encuestados calificaron positivamente entre “bueno” y “muy bueno” al personal que atendió su requerimiento de salud, debido especialmente a la gestión de los médicos y especialistas del HSLO en los procesos de atención al usuario; cabe mencionar que el MSP impulso redes de capacitación del “buen trato al usuario” dirigidos a los funcionarios de los centros de salud pública, con el fin de mejorar la calidad de la atención y aumentar la confianza de los pacientes, razón por la cual, las y los usuarios encuestados calificaron a este criterio con un nivel alto de satisfacción a pesar de los inconvenientes encontrados.

Gráfico No. 47
Nivel de Satisfacción respecto a los Recursos Humanos del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



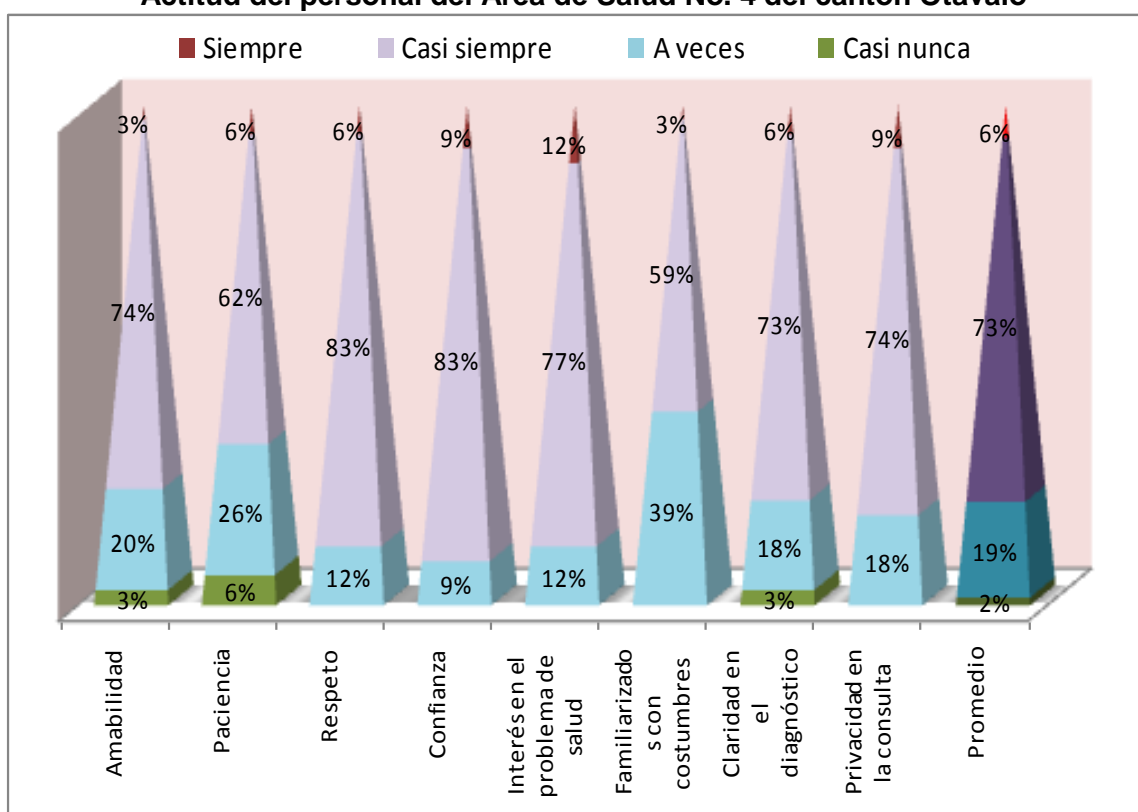
Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

La actitud del personal hacia el paciente en el momento de la consulta tiene niveles de satisfacción medianamente altos; véase gráfico No. 48; pues en promedio el 73% de los

encuestados indicaron que “casi siempre” el personal muestra amabilidad, paciencia y respeto con el usuario en el momento de la consulta; adicionalmente, señalaron que el personal muestra interés en resolver los problema de salud de cada uno de los pacientes mediante un diagnóstico claro y preciso que satisfaga sus necesidades de salud, creando de esta manera cierto nivel de confianza en los servicios de salud.

Por otro lado, el 19% de encuestados indicaron que “a veces” es personal cumple con estos criterios de evaluación, especialmente con lo relacionado a la familiarización del personal con las costumbres de las y los usuarios de salud, pues el cantón Otavalo se caracteriza por poseer una gran parte de población indígena que aún conservan sus tradiciones y costumbres, por lo tanto, su desconocimiento afecta la calidad de los servicios ofrecidos por este centro de salud.

Gráfico No. 48
Actitud del personal del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

Cabe mencionar que tan solo el 6% de los encuestados señalaron que el personal médico y de enfermería “siempre” presentan una actitud positiva con el usuario, y que uno de los parámetros fundamentales en la calidad de la atención es en la privacidad y confidencialidad de la consulta que el personal médico debe asegurar al paciente.

Aspectos Generales

En el parámetro de aspectos generales se preguntó a las y los usuarios si en la consulta les recetaron medicamentos, donde el 100% de los encuestados manifestaron que SI se les proporcionó una receta médica para solucionar su problema de salud; de acuerdo al Art. 362

de la Constitución de la República es deber del Estado garantizar el acceso a medicamentos gratuitos de calidad según las necesidades de la población, razón por la cual, a partir del año 2008 el presupuesto asignado a medicamentos y productos farmacéuticos ha crecido significativamente.

Sin embargo, según la información proporcionada por los pacientes, en el área de salud No. 4 del cantón Otavalo no se cumple efectivamente el derecho al acceso a medicamentos gratuitos, ya que el 47% (187) de los encuestados afirmaron no haber recibido medicamento alguno en el momento de la consulta debido a la falta de abastecimiento de estos productos y al gran crecimiento de la demanda de los servicios de salud, por otro lado, el 53% (213) restante de encuestados indicó que únicamente les proporcionaron una parte de medicamentos básicos recetados por los especialistas; por lo tanto, los medicamentos restantes debían ser adquiridos por los propios pacientes.

Adicionalmente se pidió a los usuarios encuestados que enumeren aspectos positivos y negativos respecto a los servicios que ofrece el Área de salud No. 4 del cantón Otavalo; en el cuadro No. 19 se puede observar las principales respuestas proporcionadas por los pacientes encuestados.

Cuadro No. 19
Aspectos positivos y negativos de los servicios ofrecidos por el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo

N°	Aspectos Positivos	Aspectos Negativos
1	Gratuidad en los servicios	Deficiencia en la infraestructura
2	Disponibilidad de un mayor número de médicos especialistas	Desorganización y congestión en la sala de espera
3	Mayor número de programas sociales de salud	Desigualdad en la asignación de los turnos
4	Atención según las necesidades del pacientes	Dotación insuficiente de medicamentos y productos farmacéuticos
5	Mayor dotación de equipos tecnológicos	Dotación insuficiente de camas para hospitalización
6	Amplia oferta de servicios de salud	Carencia de técnicas de servicio al usuario (personal de enfermería)
7	Servicios con enfoque intercultural	Prolongado tiempo de espera
8	Creación de la Casa Materna	Saturación de los servicios de salud
9	Mejoramiento en la atención del médico/especialista	Carencia de un sistema informático de registro de pacientes

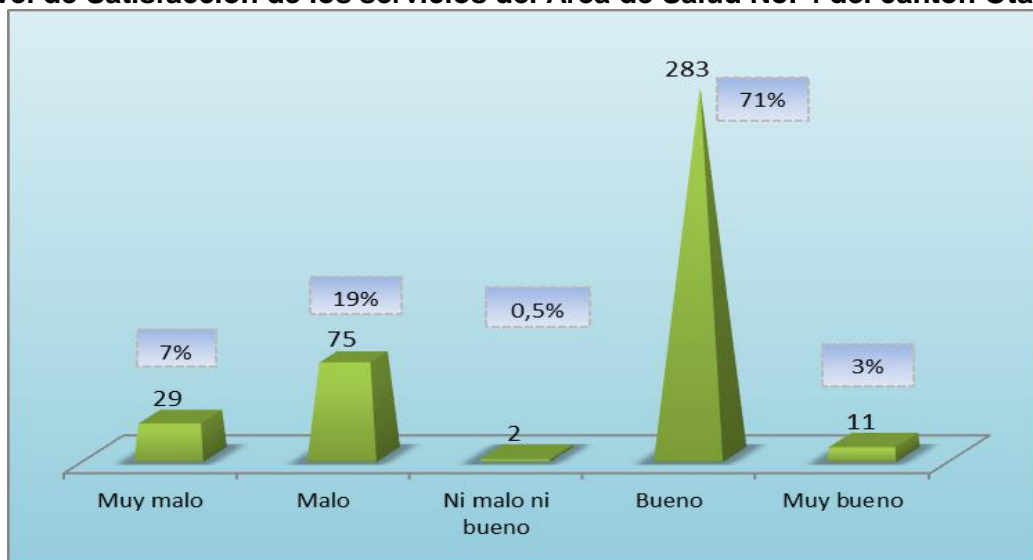
Fuente y Elaboración: Jessica Andrade - "Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo"

Además, se pidió enumerar los motivos por los cuales el paciente acudió a este establecimiento de salud; donde el principal motivo fue la gratuidad de los servicios, seguida por la cercanía a su domicilio y finalmente por el profesionalismo de los médicos y especialistas de los centros de salud pública del cantón Otavalo.

En general, el nivel de satisfacción de las y los usuarios respecto a los servicios recibidos en el Área de salud No. 4 del cantón Otavalo, presenta niveles altos de satisfacción, véase gráfico No. 49; el 74% de los usuarios encuestados calificaron a los servicios de salud en un

rango de “bueno” y “muy bueno”, debido a la calidad de la atención atribuida a la disponibilidad y profesionalismo de los médicos/especialistas, dejando como resultado el aumento de la cobertura de salud en el cantón.

Gráfico No. 49
Nivel de Satisfacción de los servicios del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Elaboración: Jessica Andrade

Fuente: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

El 26% restante calificó a los servicios de salud en un rango de “malo” y “muy malo” debido especialmente a las deficiencias en la infraestructura en los centros de salud pública del cantón, pues ésta no soporta la demanda que en la actualidad trae la política de gratuidad de los servicios públicos de salud impuesto por el Estado ecuatoriano; por otro lado, las autoridades sanitarias no tomaron en consideración la necesidad de realizar reformas estructurales a las instalaciones del HSLO (centro con mayor crecimiento de personas atendidas) con el fin de mejorar la calidad de los servicios.

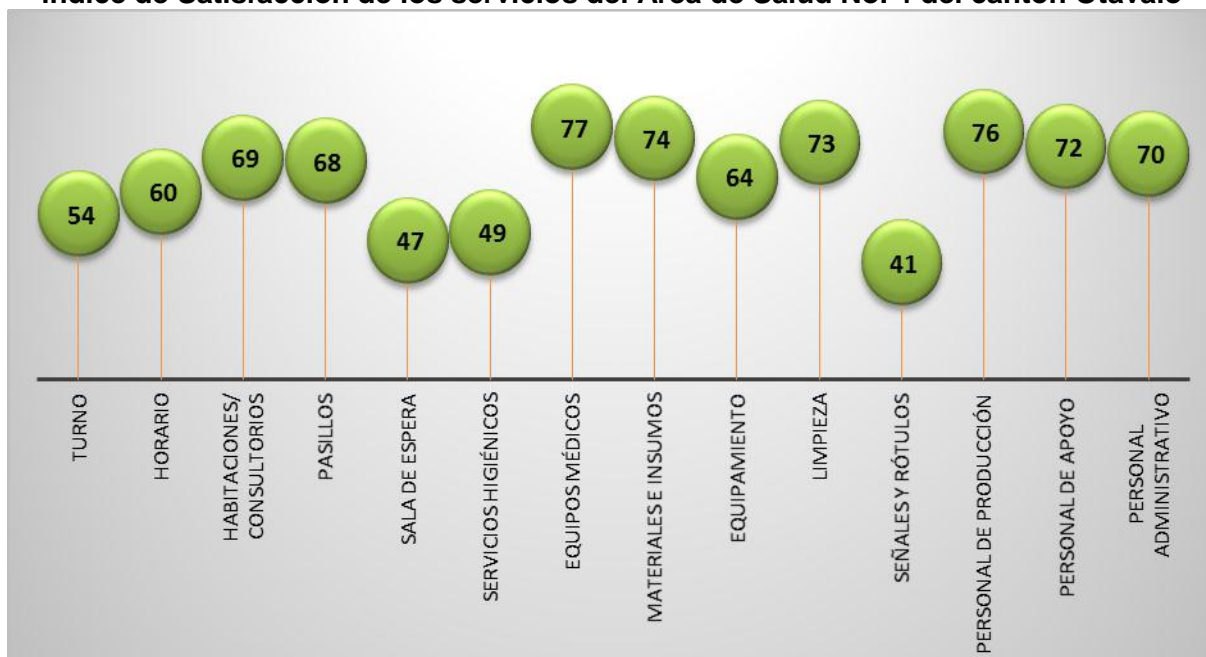
Al mismo tiempo, los beneficiarios manifestaron la necesidad de incrementar la dotación de medicamentos y productos farmacéuticos que deban ser repartidos en cada una de las consultas médicas, con el fin de asegurar el derecho constitucional de acceso a cualquier nivel de atención y medicamentos gratuitos, que favorezca una vida saludable y por consiguiente el desarrollo de la población.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (1995) uno de los factores para aumentar el nivel de salud de la población se logra mediante mejoras en la satisfacción del usuario (aumento de la calidad de la atención), resultado de la eficiencia administrativa de los recursos sanitarios (producción al mínimo coste) que se logran con el aumento del gasto, ya que esto permitiría: “al menos dentro de un rango, lograr simultáneamente aumentos de la satisfacción del consumidor y contención de costos, lo que significaría mayor bienestar para igual empleo de recursos” (Katz, 1995:10)

De acuerdo al análisis realizado en secciones anteriores de esta investigación acerca de la distribución del gasto del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo en el periodo de estudio, se pudo evidenciar el aumento significativo de los rubros asignados al gasto corriente y de

inversión; por lo que es necesario verificar si este aumento presenta una relación con el nivel de satisfacción de las y los usuarios de salud; de acuerdo a la información levantada en la “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo” el gráfico No. 50 muestra el índice de satisfacción de cada uno de los criterios evaluados.

Gráfico No. 50
Índice de Satisfacción de los servicios del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo



Elaboración: Jessica Andrade

Fuente: Jessica Andrade - “Encuesta de Satisfacción al Usuario de los Servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo”

Dentro de los criterios con mayor nivel de satisfacción se encuentran: “Equipos médicos”, con un índice de satisfacción del 77%; “Materiales e insumos” con un índice del 74% y “Habitaciones y Consultorios” con un índice de satisfacción del 69%; en los últimos años el Área de salud No. 4 del cantón Otavalo ha destinado importantes recursos al grupo de Bienes y Servicio de Consumo (adquisición de materiales, herramientas e insumos necesarios para el laboratorio, consultorios médicos, rayos X, cirugía, gineco-obstetricia, entre otros) considerados dentro de grupo de Gasto Corriente, así en el periodo de estudio este rubro tuvo un crecimiento del 49%, pasando 3,5 a 5,2 millones de dólares, lo que ha dejado como resultado mejoras en el nivel de satisfacción del usuario respecto a los servicios de salud recibidos, debido principalmente a la implementación de equipos con alta tecnología los cuales según la Organización Mundial de la Salud inciden directamente en la calidad de la atención.

Otro de los criterios con mayor puntaje es el “Personal” del Área de salud No. 4 del cantón Otavalo; véase gráfico No. 49; con un índice promedio de satisfacción del 73%, siendo el personal de producción (médicos y especialistas) el mejor calificado (76%), esto debido a que en los últimos años el gasto en personal (gasto corriente) se ha incrementado significativamente, pues pasó de 2,7 a 4,5 millones desde el 2008 al 2012 con un incremento en la nómina de servidores del 88% (de 229 trabajadores a 431) lo que ha permitido cubrir de mejor manera la gran demanda que experimentan en la actualidad los

centros de salud pública y aumentar la oferta de servicios a la población; adicionalmente, una de las actividades principales de esta área de salud es prestar servicios en las comunidades y en establecimientos educativos del cantón, razón por la cual el grupo de Gastos en personal para inversión asciende significativamente pues de 0,2 millones de dólares en el 2011 pasó a 1,1 millones de dólares en el 2012.

Cabe mencionar que los criterios con menor índice de satisfacción son: la señalética de los centros de salud (41), las condiciones de la Sala de Espera (47), los Servicios Sanitarios (49) y la disponibilidad de Turnos (54); según la ejecución histórica de gastos del Área de salud No. 4 del cantón Otavalo no ha existido un gasto significativo destinado a la mejora de las condiciones de estos espacios físicos y tampoco en un sistema eficiente de asignación de turnos que mejore completamente la calidad de los servicios de salud ofrecidos a la población otavaleña.

En resumen, el gasto corriente del presupuesto asignado al Área de salud No. 4 del cantón Otavalo es el rubro con mayor financiamiento, debido al aumento de funcionarios que prestan sus servicios en los centros de salud pública, razón por la cual el monto asignado al gasto en personal abarca aproximadamente el 70% del presupuesto total; por otro lado el gasto en inversión (15%) en los últimos años se ha incrementado debido a la implementación de Programas y Campañas sociales de salud realizados en las comunidades, parroquias rurales y establecimientos educativos del cantón, aumentando de esta manera la cobertura de salud y el número de personas atendidas anualmente. El presupuesto restante es destinado en un menor porcentaje al Gasto en Capital, que de acuerdo a los requerimientos de los centros de salud pública en el cantón el rubro asignado no cubre las necesidades de infraestructura que experimentan en la actualidad.

Por otro lado, el presupuesto asignado al Área de salud No. 4 del cantón Otavalo presenta una relación directa con el acceso a los servicios, es decir a mayor asignación presupuestaria mayor número de personas atendidas tanto en los centros de salud pública como en las comunidades, parroquias y establecimientos educativos del cantón que se benefician de los servicios ofrecidos por esta área de salud, esto se debe en su mayoría a la administración eficiente de los recursos por parte de las autoridades sanitarias. No obstante se encontró una desigualdad en la distribución del presupuesto per cápita a nivel nacional, es decir a cada habitante de la población objetivo le corresponde un valor menor del que el Estado debe asegurar a cada uno de los ecuatorianos.

Conforme a la información levantada, el nivel de satisfacción de las y los usuarios respecto a los servicios recibidos en esta área de salud presenta niveles medianamente altos, pues los usuarios se encuentran satisfechos con la atención brindada por el personal médico/especialista ya que han resuelto sus problemas de salud. Sin embargo, existen inconformidades especialmente con la infraestructura (espacios físicos) de los centros de salud y con la dotación de medicamentos, los cuales en la actualidad no cubren la demanda existente; por otro lado, la asignación de turnos es otro de los problemas que experimenta el sistema administrativo de esta área de salud.

Conclusiones

Por muchos años el sector de la salud en el Ecuador ha sido uno de los sectores más inestables e inequitativos del país, pues los procesos administrativos sanitarios debilitaban cada vez más el sistema nacional de salud, afectando la calidad de los servicios ofrecidos a la población; sin embargo, esta situación empieza a cambiar a partir del año 2007, debido al aumento del gasto esencialmente en los sectores de educación y salud para el mejoramiento de la infraestructura, equipos, insumos, materiales y recursos humanos necesarios para la dotación óptima de los servicios; este gasto ha permitido mejorar la esperanza de vida de los ecuatorianos, llegando al 2011 a 76 años de edad, 4 años más que en el año 2000. Estos avances se deben en gran medida al fortalecimiento del 1er Nivel de Atención (cobertura del 70% de las patologías) y al crecimiento de la participación del Estado en el sector de la salud, mediante instrumentos que aseguren y garanticen el acceso universal a la salud y la dotación de servicios de calidad.

En cuanto al financiamiento del sector de la salud, en el periodo de estudio 2008-2012 se han invertido 6548,2 millones de dólares, 52% más de lo que se ha invertido en años anteriores (2000-2007). Sin embargo, la participación del gasto en salud dentro del Presupuesto General del Estado-PGE a lo largo del tiempo se ha mantenido constante (entre el 5% y 6%), es decir, el aumento del gasto destinado al sector salud no implica una relación equivalente al incremento del PGE.

El crecimiento del gasto en el sector salud ha permitido implementar programas como: Alimentación y Nutrición-SIAN, Maternidad Gratuita, Plan Nacional de Reducción Acelerada de Mortalidad Materna y Neonatal, entre otros programas preventivos que han aumentado la cobertura de salud a nivel nacional, de esta manera el total de personas atendidas a desde el 2007 presenta una tasa de crecimiento anual del 17%, llegando en el 2012 a 41.992 millones de personas atendidas dentro y fuera de los establecimientos de salud, aproximadamente 3 veces más que las atendidas en el 2006. Sin embargo, el presupuesto asignado a este sector no ha sido suficiente, pues siguen persistiendo problemas tales como: la falta de turnos disponibles, falta de medicamentos e insumos farmacéuticos, congestión en el acceso a varios servicios de salud, falta de médicos especialista, entre otros problemas que dejan en evidencia las debilidades del sistema nacional de salud.

El Área de salud No. 4 del cantón Otavalo cuenta con: 1 hospital básico de segundo nivel, 13 subcentros y 2 puestos de salud que en la actualidad cubren una demanda aproximada de 150.000 usuarios al año; lo que deja como resultado la saturación de los servicios con un porcentaje ocupacional superior al 90%, pues desde el 2000 se ha mantenido la infraestructura y la dotación normal de camas; afectando de esta manera los procesos sanitarios ofrecidos especialmente en el Hospital “San Luis de Otavalo”, ocasionando molestias en el grado de satisfacción de las y los usuarios respecto a la calidad de los servicios de salud pública. Además, una de las mayores debilidades encontradas en esta área de salud es que a pesar de la incorporación de la salud intercultural en los procesos sanitarios aún prevalecen barreras de acceso culturales en los servicios de salud pública del cantón.

Uno de los mayores logros obtenidos en el Área de Salud No. 4 ha sido la implementación de la Casa Materna en el Hospital “San Luis de Otavalo”, donde se han invertido recursos con el fin de brindar un servicio con enfoque cultural a mujeres en proceso de embarazo, parto y post parto; de esta manera se ha logrado incrementar la cobertura de salud con enfoque intercultural (la cobertura pasó de 15 partos culturalmente adecuados en el 2007 a 580 partos en el 2012) y disminuir la muerte materna y neonatal (en el 2009 este indicador llegó a 0) que ha sido uno de los indicadores de salud más preocupantes del cantón.

El gasto público en el sector de la salud del cantón Otavalo ha experimentado una tasa de crecimiento anual de 10,45% en el periodo de estudio (2008-2012), donde el presupuesto asignado pasó de 4,49 a 7,05 millones de dólares, este crecimiento se debió al aumento de la inversión en programas sociales desarrollados fuera de los establecimientos de salud y por ende al aumento significativo del personal necesario para cubrir la demanda actual (entre 130 mil y 150 mil usuarios al año). Los recursos asignados a esta área de salud están destinados principalmente al financiamiento del Gasto Corriente (79%), seguido por el Gasto en Inversión (13%), el Gasto de Capital (4%) y Otros Pasivos (3%).

El mayor financiamiento tuvo el rubro de gasto corriente, pues presentó un crecimiento del 49% desde el 2008 al 2012 (3,5 a 5,2 millones de dólares); el monto más bajo se dio en el 2010 y 2012 debido al aumento de programas sociales realizados en comunidades y establecimientos educativos del cantón, considerados gasto en inversión; y el monto más alto se dio en el 2009, año en el que se implementó totalmente la política de gratuidad de los servicios públicos de salud atribuida por el Gobierno Central, con el fin de garantizar la salud universal. El mayor rubro dentro del gasto corriente es el destinado al *gasto en personal*, acompañando de un crecimiento anual del 10,8% pues el monto asignado pasó de 2,7 a 4,5 millones de dólares, debido al incremento del personal (médicos, de apoyo y administrativo) pues la nómina pasó de 229 a 431 trabajadores del 2008 al 2012.

El Gasto en Inversión es el segundo rubro con mayor financiamiento, mismo que presentó un crecimiento de 2,83 veces con relación al 2008 (de 0,5 a 1,48 millones de dólares), debido a la implementación de programas de inversión como el SIAN, la Maternidad Gratuita, el Plan de Medicamentos Genéricos, entre otros que fueron ejecutados fuera de los establecimientos de salud y por ende el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo demandó fuerza laboral bajo la modalidad de inversión y a la vez adquirió una mayor dotación de equipos, materiales e insumos necesarios para la ejecución de estos programas.

La relación del gasto en salud del cantón Otavalo respecto al acceso a los servicios públicos, presentó una tendencia positiva, pues el presupuesto asignado y el número de personas atendidas presentaron una tasa de crecimiento anual del 10,42% y 16,09% respectivamente; sin embargo la relación del crecimiento de estas dos variables en el periodo de estudio no fueron equitativas, ya que el número de personas atendidas en el 2007 se incrementó en un 111% en el 2012 lo que no ocurrió en el presupuesto asignado ya que este creció tan solo en el 64%.

Con las pruebas econométricas realizadas se concluye que el Gasto en salud pública causa a la manera de Granger al No. Personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo, además, la regresión aplicada en el estudio permitió establecer: en primero lugar

que el número de personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo está explicada en un 74,65% por el monto presupuestario asignado a esta área de salud, es decir; en segundo lugar, se pudo deducir que de acuerdo al coeficiente de correlación del gasto, por cada millón de dólares adicionales asignados a este sector el número de pacientes atendidos se incrementaría en 24.710 personas.

La población otavaleña en el 2012 tuvo asegurado 62,8 dólares de gasto per cápita en salud; 7,9 dólares menos que lo destinado a la provincia de Imbabura (70,7) y 45,4 dólares menos de lo que el Ecuador (108,2) debería ofrecer a cada uno de los habitantes para gastos en salud; el decir el MSP asegura tan solo el 58% del gasto per cápita que debería recibir cada habitante de la población otavaleña, evidenciando claramente la distribución inequitativa del presupuesto nacional de salud.

La inversión por paciente en el Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo presentó un tasa decreciente anual del 22%, pues en el 2008 se invertía 58.38 dólares por persona atendida y en el 2012 este valor disminuyó en 12,93 dólares, demostrando la eficiencia de la gestión administrativa en la disminución de los costos de producción de los servicios de salud, lo que ha permitido incrementar programas sociales que mejoren la calidad de vida de la población. Sin embargo, este rubro representa un valor mayor que la inversión por paciente destinado en otros cantones de la provincia de Imbabura (\$40,49) y a nivel nacional (\$39,98), evidenciando que dentro de la provincia existen otras áreas de salud que atienden a un número mayor de personas con una menor inversión por paciente.

De acuerdo a la información levantada, el nivel de satisfacción de los paciente se distribuyó de la siguiente manera: el 11% de los encuestados calificó al servicio de salud recibido como “muy bueno”, el 71% como “bueno”, el 0,5% como “ni malo ni bueno”, el 19% como “malo” y el 7% como “muy malo”; estos resultados dejan en evidencia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud pública, debido a que más del 70% de las y los usuarios encuestados manifestaron que: se ha incrementado el número de médicos especialistas en los centros de salud y que estos presentan un nivel de atención adecuado según la necesidad de cada paciente, pues manifestaron que sus problemas de salud fueron solucionados en estos establecimientos. Sin embargo, existió una parte de los encuestados que manifestó la necesidad de ampliar la infraestructura existente debido al incremento significativo de la demanda, lo que ocasiona problemas en la asignación y disponibilidad de turnos y en la entrega de medicinas gratuitas a los pacientes, derecho que en esta área de salud no se cumple eficientemente.

Finalmente, se pudo identificar que el presupuesto asignado al Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo ha hecho que el número de personas atendidas anualmente se incremente, y por ende la cobertura de los servicios de salud pública; sin embargo aún persisten brechas en el mejoramiento de la calidad de los procesos sanitarios (infraestructura inadecuada, deficiencia en el sistema eficiente de asignación de turnos y en la dotación optima de medicamentos e insumos) que influyan en gran medida en el desarrollo y crecimiento de la población.

Recomendaciones

En la actualidad, la demanda por los servicios de salud pública en el cantón Otavalo han presentado un crecimiento significativo, sobrepasando la capacidad instalada de los establecimientos de salud; sin embargo, su infraestructura ha persistido desde el año 2000, por lo cual se recomienda a las autoridades sanitarias gestionar los recursos necesarios para realizar modificaciones en los espacios físicos de acuerdo al número de pacientes atendidos anualmente en los centros de salud, con el fin de evitar la saturación en los servicios de salud pública del cantón y garantice a la población el derecho de la salud universal.

El Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo debe asegurar y garantizar la dotación óptima de medicamentos gratuitos, mismo que serán entregados a cada uno de los habitantes de acuerdo a sus necesidades de salud; además de ampliar el inventario de productos farmacéuticos y materiales de laboratorio a ser utilizados en los procesos sanitarios y en los programas sociales ejecutados fuera de los establecimientos públicos, con el fin de aumentar en nivel de satisfacción de las y los usuario y por ende la calidad de los servicios de salud pública ofrecidos a la ciudadanía.

Si bien la cobertura de salud se han incrementado en los últimos años, aún prevalecen ciertas barreras de acceso a los servicios de salud pública en la población otavaleña, por lo que se recomienda aumentar el porcentaje de participación de los programas sociales ejecutados por Área de Salud No. 4 en las comunidades y parroquias rurales del cantón Otavalo, donde habitan la mayor parte de la población indígena que presentan barreras asociadas a su situación socio-económica y cultural; mediante el aumento de políticas, programas, proyectos y acciones que garanticen el rol protagónico de esta parte de la población, y disminuya las brechas de acceso a la salud existentes entre la población urbana y rural, ampliando de esta manera la protección social en los sectores más vulnerables del cantón.

Dada las condiciones actuales de la situación de la salud en el cantón Otavalo resulta imprescindible incentivar al personal: médico, de apoyo (enfermería y auxiliares) y administrativo a ampliar sus conocimientos acerca de la cultura indígena otavaleña desde una visión ancestral y tradicional, con el fin de mejorar la atención brindada en cada uno de los procesos sanitarios ejecutados dentro y fuera de los establecimientos de salud pública, e incentivar a la población la utilización de estos servicios.

La autoridades sanitarias deben garantizar un equilibrio en la distribución de los recursos públicos de salud, mismo que evite la discriminación presupuestaria en las poblaciones pequeñas, que por poseer una densidad poblacional menor no necesariamente presenta niveles inferiores de necesidades en el sector de la salud (como es el caso del cantón Otavalo), con el fin de asegurar un gasto per cápita en salud equitativo para cada uno de los ecuatorianos.

El manejo eficiente de los recursos públicos dentro del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo es un factor fundamental para la producción óptima de los diferentes servicios de

salud que ofrece a la población otavaleña, por lo que se recomienda mejorar la distribución del presupuesto asignado entre: el gasto corriente, el gasto de inversión y el gasto de capital, con el fin de equiparar los montos asignados a cada una de las cuentas del presupuesto, ya que todas estas variables en conjunto ayudan a la ampliación de la cobertura de los servicios de salud y a la dotación eficiente en calidad y cantidad de los recursos humanos, físicos (infraestructura, equipos, materiales e insumos médicos) y tecnológicos necesarios para el mejoramiento continuo de la calidad en la atención brindada a las y los usuarios de salud.

El Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo ha experimentado un decrecimiento en el gasto anual por paciente en los últimos años, demostrando de esta manera la eficiencia administrativa en la gestión de los recursos públicos; sin embargo, aún persisten ciertos problemas en la calidad de los servicios de salud que ofertan a la población otavaleña y de sus alrededores, por lo que se recomienda a las autoridades sanitarias continuar con la estrategia implementada en la disminución de los costos de producción de los servicios de salud, lo que permitirá generar un mayor ahorro, mismo que pueda ser utilizado internamente para afrontar los problemas existentes en la infraestructura y en la dotación eficiente de medicinas y productos farmacéuticos, con el fin de mejorar la atención brindada y elevar el nivel de satisfacción de las y los usuarios; a la vez realizar una autogestión con organismos de cooperación nacional e internacional que ayuden al financiamiento de los programas sociales a ser ejecutados en las parroquias rurales del cantón, con el propósito de incrementar la cobertura de salud en la población.

Para conocer con mayor certeza la situación de la salud en el cantón Otavalo y a la vez analizar los niveles de producción de los servicios de salud pública, se recomienda al Hospital “San Luis de Otavalo” como ente administrativo de los recursos públicos, mantener un sistema informático de registro de pacientes, patologías, nacimientos y otras variables que ayuden a obtener indicadores de salud que identifiquen posibles problemas en el sistema sanitario del cantón y sirva de base para futuras investigaciones que aporten significativamente al mejoramiento de los servicios públicos ofrecidos a la población.

Referencias Bibliográficas

- Acevedo, Mariela (Mayo, 2011). **El proceso de codificación en investigación cualitativa, en Contribuciones a las Ciencias Sociales**. España: Universidad de Malaga. <http://www.eumed.net/rev/cccss/12/mha2.htm> [Consulta: 24/02/2014]
- Asamblea Nacional (2008) **Constitución de la República del Ecuador**. Ecuador: Autor
- Asamblea Nacional (2010) **Código Orgánico de Organización Territorial, Autonomía y Descentralización**. Ecuador: Autor
- Asamblea Nacional; Ministerio Coordinador de Desarrollo Social-MCDS, UNICEF (2010, 2011) **La Inversión Social en el Presupuesto General del Estado: Asignación presupuestaria en el Sector Social para el periodo enero-diciembre**. Ecuador: Autor.
- Banco Mundial (s.f.) **Esperanza de Vida**. Washington D. C.: Autor
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN> [Consulta: 24/08/2013]
- Blanco, Jorge y Maya, José (2005) **Fundamentos de Salud Pública: Administración de Servicios de Salud**. Colombia Corporación para Investigaciones Biológicas CIB. http://books.google.es/books?id=vZc8spOK69QC&printsec=frontcover&hl=es&source=qbs_qe_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false [Consulta: 24/02/2013]
- Bulacio, José (2008) **La Ley de Wagner y el Gasto Público en Argentina**. Argentina: Universidad Nacional de Tucuman.
<http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2000/BULACIO.PDF> [Consulta: 25/01/2013]
- Casares, Javier (2002) **El pensamiento en la Política Económica**. España: Esic Editorial
- Congreso Nacional (2006) **Ley Orgánica de Salud**. Ecuador: Autor
- Consejo Nacional de Competencias-CNC; Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (2012) **Plan Nacional de Descentralización 2012-2015**. (1era ed.). Ecuador: Autor.
- Coordinación Zonal de Salud No.1 (2010) **Sistema Organizado de Salud en el Ecuador. Imbabura**: Autor.
- Coordinación Zonal de Salud No.1 (2013) **Sistema Común de Información: Producción de Establecimientos de Salud de Imbabura**. Imbabura: Autor
- De la Cruz, Rafael; Pineda, Carlos; Poschl, Caroline (2010) **La Alternativa Local: Descentralización y Desarrollo Económico**. Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Díaz, Claudia (2012) **Relación entre los cambios en los ciclos económicos y la mortalidad usando la hipótesis de Brenner: el caso del Perú para el periodo 1970-2008**. (Tesis Doctoral). Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. <http://ccp.ucr.ac.cr/personal/pdf/cDiaz.pdf> [Consulta: 20/02/2013]

- Dillinger, William; Perry, Guillermo; Javed, Shahid (1999). **Más Allá del Centro: La Descentralización del Estado**. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Escartin, Eduardo (s.f.) **Historia del Pensamiento Económico: Marshall y la Escuela de Cambridge**. España: Autor. <http://personal.us.es/escartin/Marshall.pdf> [Consulta: 23/02/2013]
- Fadini, Diogene; Vila, Llor (2005) **Guía de investigación clínica para atención primaria: Evaluar la eficiencia de las intervenciones**. Ediciones Mayo S.A. <http://w3.icf.uab.es/ficf/es/pub/IAP/GuiaInvestigacionClinicaAP/GICAPcapitulo-9.pdf> [Consulta: 27/02/2013]
- Franco, Alvaro (2006, Julio) Tendencias and theories in public health. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, 24(2), Colombia. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a12.pdf> [Consulta: 18/04/2013]
- Gimeno, Rubio, Tamayo (2005). **Economía de la Salud**: Fundamentos. P:2
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Otavalo (2011) **Estadística de Salud**. Otavalo: Dirección de Dirección de Higiene, Salud Gestión Ambiental. http://www.otavalo.gob.ec/web/?page_id=38[Consulta: 15/08/2013]
- Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal del cantón Otavalo (2012) **Situación geográfica del cantón Otavalo**. Imbabura: Autor http://www.otavalo.gob.ec/web/?page_id=38[Consulta: 15/08/2013]
- Henríquez R, Rodríguez A, González F, López R, Ábalos E, Chapman E. (2011) Síntesis de la evidencia para informar políticas en salud. Reducción de la mortalidad materna en Ecuador. Quito: Ministerio de Salud Pública. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23036&Itemid [Consulta: 15/08/2013]
- Hospital San Luis de Otavalo (2013a) **Estadísticas comparativas del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo periodo 2007-2012**. Imbabura: Departamento de Estadísticas - HSLO.
- Hospital San Luis de Hospital San Luis de Otavalo (2013b) **Presupuesto del Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo**. Imbabura: Departamento de Finanzas -HSLO.
- Hospital San Luis de Otavalo (2012) **Evolución del Personal del Área de Salud No.4 del cantón Otavalo**. Imbabura: Departamento de Recursos Humanos -HSLO.
- Hidalgo, Gustavo. (2009). **El nuevo Sistema de Descentralización en la Constitución de la República**. (Tesis Doctoral). Ecuador: Universidad Técnica Particular de Loja-UTP <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/4891/1/TesisGustavoOrtiz.pdf> [Consulta: 27/05/2013]
- Ibarra, Alberto (2009) **Introducción a las Finanzas Públicas**. Colombia: Fundación Universitaria Tecnológico de Comfenalco. <http://www.sisman.utm.edu.ec/libros/FACULTAD%20DE%20CIENCIAS%20ADMINISTRATIVAS%20Y%20ECON%20MICAS/CARRERA%20DE%20ECONOM%208DA/09/Finanzas%20publicas/Introduccion%20a%20las%20Finanzas%20Publicas.pdf> [Consulta: 13/01/2013]

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2011a) **Registro de Defunciones**. INEC: Ecuador. http://www.inec.gob.ec/estadisticas_sociales/nac_def_2011/Presentacion_Defunciones.pdf [Consulta: 18/05/2013]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo-INEC (2011b) **Anuario de Recursos y Actividades de Salud**. Ecuador: Autor <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/anuario-de-recursos-y-actividades-de-salud/> [Consulta: 03/06/2013]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo-INEC (2011c) **Resultados del Censo 2010 de Población y vivienda en Ecuador: Fascículo Provincial Imbabura**. Ecuador: Autor <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf> [Consulta: 20/08/2013]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo-INEC (2011d) **¿Cómo crecerá la población en Ecuador?** Ecuador: Autor http://www.inec.gob.ec/proyecciones_poblacionales/presentacion.pdf [Consulta: 20/08/2013]
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo-INEC (2011e) **Estadísticas de Autoidentificación**. Ecuador: Autor. http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=447:el-censo-informa-capitulo-autoidentificacion&catid=68:boletines&Itemid=51&lang=es
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo-INEC (s.f) **Base de Datos del Censo del Población y Vivienda 2010** Ecuador: Ecuador en Cifras.
- Katz, J. y Miranda E. (1995) Reforma del Sector Salud Satisfacción del Consumidos y contención de costos. Chile: CEPAL.
- Keynes, J. M. (1933). **Teoría General de la ocupación, el interés y el dinero**. P: 333
- Kuri, Pablo (2013) **La Salud Pública: La importancia de la participación municipal**. México: Secretaria de la Salud. http://www.promocion.salud.gob.mx/red/descargables/memorias/Disco_jalisco/descargas/Dia%209/Mexico%202-%209.0014.00/8%20ImportanciaParticipacionMunicipal_Dr_Kuri.pdf [Consulta: 15/04/2013]
- León, Sergio (septiembre 2011) Los costos de la no calidad en los servicios de salud. **Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe y Portugal**, 17(3), Tabasco, México. <http://www.redalyc.org/pdf/487/48722325001.pdf> Consulta: 05/01/2014]
- Levin; Rubín; Balderas; Del Valle; Gómez (2004) **Estadística para Administración y Economía**. (7ma. Ed.) México: Prentice Hall
- Lucio, Ruth; Villacrés Nihda; Henríquez Rodrigo (2011) Sistema de Salud de Ecuador. **Revista de Salud Pública**, 53(2), México.
- Lynch, Alberto (1998) **Bienes Públicos, Externalidades y Los Free-Riders: El Argumento Reconsiderado: Estudios públicos**. <http://www.hacer.org/pdf/Bienes.pdf> [Consulta: 13/01/2013]
- Mankiw, Gregory (2009) **Principios de economía**. (4ta ed.) Estados Unidos: Paraninfo.

- Meier, Peter (1996). **Artesanos campesinos, desarrollo Socioeconómico y proceso de trabajo en la artesanía textil de Otavalo**. Quito: Banco Central
- Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (2009) **Agenda Social 2009-2011**. Ecuador: MCDS <http://www.fmyv.es/ci/es/Ss/2.pdf> [Consulta: 20/05/2013]
- Ministerio de Finanzas Públicas. **Portal Estadísticas Fiscales: Ejecución Presupuestaria 2000-2014**. Ecuador: Autor <http://www.finanzas.gob.ec/ejecucion-presupuestaria/>
- Ministerio de Finanzas Pública (2011). **La inversión social en el presupuesto general del estado 2011**. Ecuador: UNICEF-Asamblea Nacional. http://www.unicef.org/ecuador/Asignacion_PGE_2011_web.pdf [Consulta: 25/04/2013]
- Ministerio de Finanzas Públicas (2013) **Clasificador Presupuestario de Ingresos y Gastos del Sector Público**. Ecuador: Subsecretaría de Presupuesto- <http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/03/Clasificador-Presupuestario-actualizado-al-18-marzo-2013.pdf> [Consulta: 05/12/2013]
- Ministerio de Finanzas Públicas (2010c) **Manual de Procedimientos del Sistema de Presupuestos**. Ecuador: MSP. http://www.finanzas.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/09/A2_MANUAL_PROCED-SISTEMA_PRESUPUESTO.pdf [Consulta: 05/12/2013]
- Ministerio de Salud Pública de Cuba. (2010) **Indicadores Básicos para el Análisis del Estado de Salud de la Población**. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud <http://files.sld.cu/dne/files/2010/03/indicadores-basicos-para-el-analisis-del-estado-de-salud.pdf> [Consulta: 20/08/2013]
- Ministerio de Salud Pública de Chile (2005) **Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud**. Chile: Subsecretaría de Salud Pública http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENSG/Informe_final_Satisfaccion.pdf [Consulta: 20/01/2014]
- Ministerio de Salud Pública del Perú (2012) **Encuesta de Satisfacción al Usuario Externo**. Perú: Dirección de Calidad en Salud <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf> [Consulta: 20/08/2013]
- Ministerio de Salud Pública (s.f.) **Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS** Ecuador: Autor http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf [Consulta: 02/04/2013]
- Ministerio de Salud Pública (2010a) **Sistemas de Salud Ecuador**. Ecuador: Autor http://www.orasconhu.org/ckfinder/userfiles/files/002-CASE_Nilda%20Villacres.pdf [Consulta: 02/04/2013]
- Ministerio de Salud Pública (2010b) **Salud Interculturalidad y Derechos: Clave para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir**. Ecuador: Autor
- Ministerio de Salud Pública (2010c) **Definición del rol de las parteras en el sistema nacional de salud del Ecuador**. Ecuador: Autor
- Ministerio de Salud Pública; Consejo Nacional de Salud (2008a) **Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal**. Ecuador: Autor.

- Ministerio de Salud Pública; Consejo Nacional de Salud (2008b). **Guía para la atención del Parto Culturalmente adecuado**. Ecuador: Autor
<http://aecid.lac.unfpa.org/webdav/site/AECID/shared/files/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20para%20la%20Atenci%C3%B3n%20del%20Parto%20Culturalmente%20Adecuado.pdf>[Consulta: 22/05/2013]
- Ministerio de Salud Pública; Fondo de Población de Naciones Unidas (2010) **Hacia la construcción de un modelo de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural en el Hospital San Luis de Otavalo**. (1era ed.). Ecuador: Autor
- Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; Organización Panamericana de la Salud (2011) **Indicadores Básicos de Salud: Ecuador 2011**. Ecuador: Autor
- Ministerio de Salud y Ambiente de Argentina (2005) **Guía para la elaboración de indicadores seleccionados**. Argentina: Dir. de Estadísticas e información de salud
<http://www.saludnqn.gob.ar/saladesituacion/archivos/descargas/tallerDeSistemasDeInformacion2013/Guia%20de%20Indicadores.pdf> [Consulta: 22/05/2013]
- Ministerio de Turismo del Ecuador-MITUR (2012) **Boletín de Estadísticas Turísticas 2006-2010**. Ecuador: Autor.
<http://es.scribd.com/doc/141296249/boletinestadisticaturisticas2006-2010>[Consulta: 15/08/2013]
- Mohammad, Rami (2011) **La calidad de los servicios electrónicos como estrategias competitivas, modelo de análisis de sus componentes y efectos sobre la satisfacción y lealtad**. (Tesis Doctoral). España: Universidad de Malaga.
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=24177> [Consulta: 27/02/2013]
- Organización Mundial de la Salud (2005) **La salud y los Objetivo de Desarrollo del Milenio**. Suiza: Autor. http://www.who.int/hdp/publications/mdg_es.pdf[Consulta: 25/04/2013]
- Organización Mundial de la Salud (2009a) **Subsanar las desigualdades en una generación**. Argentina: Comisión sobre determinantes Sociales de la Salud.
http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789243563701_spa.pdf?ua=1[Consulta: 25/04/2013]
- Organización Mundial de la Salud (2009b) **Relación entre la satisfacción con el sistema de atención sanitaria y la experiencia personal de los pacientes**. Washington Autor <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/4/07-050401.pdf?ua=1> [Consulta: 25/04/2013]
- Organización Panamericana de Salud; Organización Mundial (1999) **Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información base**. Washington D.C.: Auto r<http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/31-Esp%20IND13.pdf>
- Organización Panamericana de Salud; Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2011) **Indicadores de Salud: Ecuador 2011**. Ecuador: Autor.
- Organización Panamericana de Salud (2013) **Glosario de Indicadores Básicos**. Whashington D.C.: Autor
<http://www.google.com.ar/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.paho.org%2Fhq%2Findex.php%3Foption%3Dcom>

[docman%26task%3Ddoc_download%26qid%3D23508%26Itemid%3D270%26lang%3Des&ei=OGpxU77slaggsAT3joG4CA&usq=AFQjCNGfQn8urHHBxktt66XByWSrYeHRzw](#) [Consulta: 25/04/2013]

Organización Panamericana de la Salud (2002) **La Salud Pública en las Américas: Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción**. Washington D.C.: Autor
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf [Consulta: 24/02/2013]

Organización Panamericana de Salud (2011) **Concursos buenas prácticas y fotografía en maternidad segura: Ecuador 2011**. Ecuador: Autor.

Pacheco Prado, Lucas (2009) **Política Económica: un estudio desde la economía política**. (Capítulos: XII, XII) Tercera Edición. Quito: CODEU

Panala, Marta (2010) **Algunas precisiones sobre el concepto de población flotante en el ámbito del trabajo**. Argentina: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. http://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8180/publicaciones/bitstream/11185/3116/2/Pampa_6_6_2010_pag_27_36_resumen.pdf [Consulta: 05/01/2013]

Presidencia de la República del Ecuador (2010) **Código Orgánico Organización Territorial Autonomía Descentralizada**. Ecuador: Autor.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011) **Informe sobre Desarrollo Humano 2011, Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos**. Estados Unidos: PNUD.

Restrepo, Jorge (2005). **Cobertura y acceso a los servicios de salud. Ámbito nacional y regional**. Congreso Nacional de Seguridad Social – Régimen Subsidiado. Medellín.

Rathe, Magdalena (s.f.) **Economía de la Salud: Conceptos Básicos**. República Dominicana. http://www.med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/12_economia_salud_conceptos_basicos.pdf [Consulta: 25/02/2013]

Revista Panamericana de Salud (Noviembre, 2004) La hipótesis de Brenner sobre la economía y la salud. **RPSP**, 16(5), Washington. <http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892004001100010> [Consulta: 18/04/2013]

Rodríguez, Sandra (2010) **Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia**. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
<http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>
[Consulta: 25/02/2013]

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (2009) **Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural**. Ecuador: Autor

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES (s.f.) **Inversión Pública; Guía de Productos**. Ecuador: Autor

Sen, Amartya (2000) **Capacidad y Bienestar**.
<http://www.chihuahua.gob.mx/atach2/codesoypc/uploads/Lecturas%20de%20Pol%C3%ADtica%20Social/Lecturas%20sobre%20Desarrollo%20Humano/Amartya%20Sen/Capacidad%20y%20Bienestar.pdf> [Consulta: 20/02/2013]

- Serrano, Bedia y López, Concepción (s.f.) ***Modelos de Gestión de la Calidad de Servicio: Revisión y Propuesta de Integración con la Estrategia Empresarial***. España: Universidad de Cantabria.
http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCcQFjAA&url=http%3A%2F%2F Dialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F2480844.pdf&ei=R1o4U8_GGYbJsQTA4IDYAQ&usq=AFQjCNFqoqz3fJCfl_qy-rTMNRM70D-dIQ&bvm=bv.63808443,d.cWc [Consulta: 20/02/2013]
- Sommers Harold (1967) ***Las Finanzas Públicas e Ingreso Nacional***. (2da ed.). México: Edit. FCE.
- Stiglitz, Joseph (2000) ***La Economía del Sector Público: Los Fallos de Mercado*** (3era ed.) España: Antoni Bosch.
- Suarez, Lorena (2009, Julio, 9) La segunda Casa Materna del país se inauguró en Otavalo. ***La Ciudadanía Informada***, Ecuador. http://www.ciudadaniainformada.com/noticias-ciudadania-ecuador0/noticias-ciudadania-ecuador/browse/177/ir_a/ciudadania/article//la-segunda-casa-materna-del-pais-se-inauguro-en-otavalo.html [Consulta: 05/09/2013]
- Tarí, Juan (2000) ***Calidad total: fuente de ventaja competitiva***. España: Compobell, S.L.
- Yáñez, Andrea (2013) ***La salud desde la mirada de los derechos humanos***. Ecuador: Grupo FARO <http://www.grupofaro.org/content/la-salud-desde-la-mirada-de-los-derechos-humanos> [Consulta: 03/06/2013]
- Williams, Guillermo (s.f.) ***Calidad de los servicios de salud. Argentina***: Ministerio de Salud http://med.unne.edu.ar/catedras/aps/clases/28_calidad.pdf [Consulta: 23/01/2014]

Anexos

Anexo A: Prueba del Dickey Fuller, Gasto del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo

Series: GASTO Workfile: UNTITLED::Untitled\

ViewProcObjectPropertiesPrintNameFreezeSampleGenrSheetGraphStatsI

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on GASTO

Null Hypothesis: GASTO has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 2 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-5.777215	0.0013
Test critical values:		
1% level	-4.616209	
5% level	-3.710482	
10% level	-3.297799	

*Mackinnon (1996) one-sided p-values.
Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 17

Augmented Dickey-Fuller Test Equation
Dependent Variable: D(GASTO)
Method: Least Squares
Date: 05/30/14 Time: 13:58
Sample (adjusted): 2008Q4 2012Q4
Included observations: 17 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
GASTO(-1)	-3.220210	0.557398	-5.777215	0.0001
D(GASTO(-1))	1.612091	0.383887	4.199394	0.0012
D(GASTO(-2))	0.779960	0.248210	3.142338	0.0085
C	2810703.	529277.0	5.310457	0.0002
@TREND(2008Q1)	129398.3	24387.64	5.305897	0.0002

R-squared	0.805673	Mean dependent var	66138.53
Adjusted R-squared	0.740898	S.D. dependent var	580437.3
S.E. of regression	295454.6	Akaike info criterion	28.27035
Sum squared resid	1.05E+12	Schwarz criterion	28.51541
Log likelihood	-235.2979	Hannan-Quinn criter.	28.29471
F-statistic	12.43793	Durbin-Watson stat	1.079918
Prob(F-statistic)	0.000314		

Elaboración: Jessica Andrade

Anexo B: Prueba del Dickey Fuller, No. De personas atendidas del Área de Salud No. 4 del cantón Otavalo

Series: PERSONAS Workfile: UNTITLED::Untitled\

View	Proc	Object	Properties	Print	Name	Freeze	Sample	Genr	Sheet	Graph	Stats	I
------	------	--------	------------	-------	------	--------	--------	------	-------	-------	-------	---

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on PERSONAS

Null Hypothesis: PERSONAS has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Lag Length: 2 (Fixed)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.992225	0.0306
Test critical values:		
1% level	-4.616209	
5% level	-3.710482	
10% level	-3.297799	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Warning: Probabilities and critical values calculated for 20 observations and may not be accurate for a sample size of 17

Augmented Dickey-Fuller Test Equation

Dependent Variable: D(PERSONAS)

Method: Least Squares

Date: 05/30/14 Time: 14:00

Sample (adjusted): 2008Q4 2012Q4

Included observations: 17 after adjustments

Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PERSONAS(-1)	-2.874157	0.719939	-3.992225	0.0018
D(PERSONAS(-1))	1.268834	0.516545	2.456388	0.0302
D(PERSONAS(-2))	0.698039	0.310936	2.244958	0.0444
C	32793.62	9804.373	3.344795	0.0058
@TREND(2008Q1)	3858.392	922.6237	4.181977	0.0013

R-squared	0.708468	Mean dependent var	2204.118
Adjusted R-squared	0.611290	S.D. dependent var	12135.65
S.E. of regression	7566.163	Akaike info criterion	20.94069
Sum squared resid	6.87E+08	Schwarz criterion	21.18575
Log likelihood	-172.9959	Hannan-Quinn criter.	20.96505
F-statistic	7.290449	Durbin-Watson stat	1.060619
Prob(F-statistic)	0.003224		

Elaboración: Jessica Andrade

Anexo C: Estadísticas de la Regresión Gasto Público en Salud y el No. de personas atendidas en el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo

Estadísticas de la regresión								
Coefficiente de correlación múltiple	0,86402635							
Coefficiente de determinación R^2	0,74654153							
R^2 ajustado	0,73246051							
Error típico	6116,53032							
Observaciones	20							
ANÁLISIS DE VARIANZA								
	Grados de libertad	Suma de cuadrados	Media cuadrática	F	Valor crítico de F			
Regresión	1	1983489667	1983489667	53,0175526	9,1159E-07			
Residuos	18	673414978	37411943,2					
Total	19	2656904644						
	Coefficientes	Error típico	Estadístico t	Probabilidad	Inferior 95%	Superior 95%	Inferior 95,0%	superior 95,0%
Intercepción	-1184,44172	4061,59846	-0,2916196	0,7739116	-9717,54345	7348,66	-9717,54345	7348,66
Gasto	0,02086526	0,00286559	7,28131531	9,1159E-07	0,01484488	0,02688564	0,01484488	0,02688564

Elaboración: Jessica Andrade

Anexo D: Encuesta de satisfacción al usuario de los servicios de salud del Área No. 4 del cantón Otavalo

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR					
FACULTAD DE ECONOMÍA					
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ÁREA No. 4 DEL CANTÓN OTAVALO					
Objetivo: Conocer el nivel de satisfacción del Usuario/a respecto a los servicios ofrecidos por el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo.					
Datos Generales del Usuario:				Encuesta No. _____	
1. Sexo: Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>		2. Edad: <input style="width: 50px;" type="text"/>		3. Idioma: _____	
4. Lugar de residencia: Cantón: _____					
5. Autoidentificación:		Blanco <input type="checkbox"/>		Mestizo <input type="checkbox"/>	
		Afroecuatoriano <input type="checkbox"/>		Montubio <input type="checkbox"/>	
6. Nivel de Instrucción:		Ninguna <input type="checkbox"/>		Primaria Incompleta <input type="checkbox"/>	
		Educación Básica <input type="checkbox"/>		Primaria Superior <input type="checkbox"/>	
				Secundaria <input type="checkbox"/>	
Instrucción: Marque con una X según su nivel de satisfacción los siguientes criterios de evaluación.					
Tipo de Servicio de Salud:					
7. Qué tipo de servicio recibió?					
Medicina General <input type="checkbox"/>		Pediatria <input type="checkbox"/>		Oftalmología <input type="checkbox"/>	
Gineco-Obstetricia <input type="checkbox"/>		Medicina Interna <input type="checkbox"/>		Cirugía <input type="checkbox"/>	
				Traumatología <input type="checkbox"/>	
				Pediatria <input type="checkbox"/>	
8. Usted encuentra con facilidad turnos para ser atendida en este centro de salud?					
Nunca <input type="checkbox"/>		Casi Nunca <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>	
				Casi Siempre <input type="checkbox"/>	
				Siempre <input type="checkbox"/>	
Explique su respuesta: _____					
9. Su consultas médicas se realizaron en los horarios estipulados?					
Nunca <input type="checkbox"/>		Casi Nunca <input type="checkbox"/>		A veces <input type="checkbox"/>	
				Casi Siempre <input type="checkbox"/>	
				Siempre <input type="checkbox"/>	
10. Cuanto tiempo esperó para ser atendida?					
Entre: 5min a 15 min <input type="checkbox"/>		16 min a 30 min <input type="checkbox"/>		31 min a 60 min <input type="checkbox"/>	
		61 min a 75 min <input type="checkbox"/>		76 min a 90 min <input type="checkbox"/>	
				más de 90 min <input type="checkbox"/>	
Infraestructura y equipos utilizados en la consulta médica:					
		Muy Malo	Malo	Ni Malo Ni Bueno	Bueno
11. Condiciones de las Habitaciones/Consultorios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Condiciones de los Pasillos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Condiciones de la Sala de espera		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Condiciones de los Servicios higiénico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Condiciones de los Equipos médicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Condiciones de los Materiales e insumos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Condiciones del Equipamiento (camas, camillas, sillas, etc.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Limpieza del Hospital		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disponibilidad de Señales y rótulos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En general, explique su respuesta: _____					
Recursos Humanos del Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo:					
Califique al Personal que atendió su requerimiento de salud:					
		Muy Malo	Malo	Ni Malo Ni Bueno	Bueno
20. Médico especialista		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Enfermera/o		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Administrativo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Califique la actitud del personal en el proceso de atención:

	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
23. Mostraron amabilidad: _____>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Mostraron paciencia: _____>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Mostraron respeto: _____>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Inspiraron confianza _____>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Mostraron interés en resolver su problema de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Estaban familiarizado con sus costumbres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Explicaron claramente el diagnóstico médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Privacidad durante la consulta _____>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En general, explique su respuesta: _____

Aspectos generales

31. En la consulta médica le recetaron medicamentos? SI ☐ NO ☐

32. Recibió alguno de estos medicamentos de forma gratuitos? SI ☐ NO ☐

En general, explique su respuesta: _____

33. Qué aspectos considera positivos respecto a los servicios de salud brindados por el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo?

34. Qué aspectos considera negativos respecto a los servicios de salud brindados por el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo?

35. Explique los motivos por los que usted eligió este establecimiento de salud?

36. En general, Califique su nivel de Satisfacción respecto a los servicios recibidos en el Área de Salud No. 4 del Cantón Otavalo.

Muy Malo ☐ Malo ☐ Ni malo ni bueno ☐ Bueno ☐ Muy Bueno ☐

En general, explique su respuesta: _____



¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

